IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA ED IGIENE

FONDATO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

Volume XL - Anno 1933

ROMA

N. 14 — Via Sistina — N. 14

1933

Collaboratori effettivi della Sezione Pratica per l'anno 1933.

Alberti dott. Vittorio - Reggio Calabria.
Alessandri prof. Roberto - Roma.
Almansi dott. Renato - Roma.
Angelone dott. Luigi - S. Pietro Infine.
Ascoli prof. Maurizio - Palermo.
Ascoli dott. Ruggero - Milano.
Baggio prof. Gino - Cagliari.
Bani dott. Ugo - Roma.
Barbera dott. Giovanni - Roma.
Barbera dott. Giuseppe - Roma.
Baronci dott. Giovanni - Roma.
Bastianelli prof. Pietro - Firenze.
Belardinelli dott. Attilio - Camerano.
Bellandi dott. Ernesto - Viareggio.
Bellini dott. Alessandro - Portoferraio.
Benini dott. Piero - Volterra.
Bergamini dott. Giovanni - S. Felice sul Panaro.
Biondi prof. Cesare - Siena.
Bossa dott. Guido - Napoli.
Bottaliga dott. Mario - Roma.
Brancati prof. Raffaele - Parma.
Businco prof. Armando - Cagliari.
Caizzone dott. Giacomo - Messina.
Calabrese dott. Salvatore - Genova.
Calcagni dott. Amato - Milano.
Caltabiano dott. Rosario - Monaco di Baviera.
Calvi dott. F. - Camerlata.
Caminiti dott. Rocco - Villa S. Giovanni.
Campana dott. Manfredi - Chieti.
Canale dott. Piero - Firenze.
Capecchi dott. Egisto - Cesenatico.
Cardinali dott. Gino - S. Severino Marche.
Cassuto dott. Augusto - Roma.
Cester dott. Aldo - Treviso.
Chiasserini dott. Angelo - Roma.
Ciancaglini dott. Ettore - Vasto.
Ciminata dott. Antonino - Monza.
Cirillo dott. Nicola - Pisa.
Comolli prof. Antonio - Padova.
Corelli dott. Ferdinando - Roma.
Curri dott. Dante - Fiume.
De Antoni dott. Vittorio - Roma.
De Candia dott. Silvio - Genova.
Del Zoppo dott. Ricciotti - Bari.
De Mitri dott. A. - Busto Arsizio.
Denes dott. Giulio - Padova.
De Vincentiis dott. Andrea - Perugia.
Di Guglielmo prof. Giovanni - Catania.
Diliberto dott. Ugo - Palermo.
Di Paola dott. Nunzio - Roma.
Dolfini dott. Giulio - Padova.
Dragotti dott. Giuseppe - Roma.
Faberi dott. Mario - Roma.
Fabri dott. Giuseppe - Roma.
Ferri dott. Andrea - Sala Bolognese.
Ferretti dott. Lorenzo - Roma.
Ferretti dott. Tito - Roma.
Filippini dott. Azeglio - Roma.
Fiorini dott. Ennio - Tregnago.
Fivoli dott. Filippo - Tripoli.
Franchetti dott. Augusto - Roma.
Frigimelica dott. Carlo - Belluno.
Frugoni prof. Cesare - Roma.
Galdi prof. Francesco - Pisa.
Gamna prof. Carlo - Siena.
Gangi dott. Salvatore - Roma.
Gasbarrini prof. Antonio - Padova.
Ghiron dott. Vittorio - Roma.
Gioia dott. Edoardo - Pavia.
Giudiceandrea dott. Vincenzo - Roma.
Grillo dott. Mario - Udine.
Guerricchio dott. Antonio - Matera.
Gullotta dott. Giovanni - Catania.
Helman dott. Lazar - Galatz.
Impiombato dott. Gastone - Roma.
Introna dott. Franco - Genova.
Izar prof. Guido - Messina.
Jona dott. Giuseppe - Venezia.
Kuensztler dott. M. - Budapest.
La Cava dott. Giuseppe - Roma.
Lazzaro dott. Giuseppe - Roma.
Leotta prof. Nicola - Palermo.
Lioy dott. Donato - S. Arcangelo di Romagna.
Lisi dott. Gaetano - Napoli.
Lo Bianco dott. Domenico - Roma.
Lombardi dott. Ermanno - Napoli.
Lucherini dott. Tommaso - Roma.
Lusena dott. Marcello - Roma.
Lusena dott. Renato - Roma.
Macaggi dott. G. B. - Genova-Rivarolo.
Maltese Le Roy dott. Carmelo - Padova.
Manca dott. Serafino - Roma.
Mann dott. Guido - Trieste.
Maraspin dott. Giorgio - Roma.
Marchiafava prof. Ettore - Roma.
Mariotti dott. Biagio - Tivoli.
Marotta dott. Gaetano - Roma.
Mazzolani dott. Domenico Antonio - Tripoli.
Melletti dott. Mario - Pergola.
Melocchi dott. Walter - Parma.
Mendes dott. Guido - Roma.
Migneco dott. Gaetano - Catania.
Monacelli dott. Mario - Roma.
Montesano dott. Vincenzo - Roma.
Moraldi dott. Mino - Roma.
Morellini dott. Morsello - Cesena.
Moretti dott. Agostino - Cesena.
Nastasi dott. Antonino - Tripoli.
Navarh dott.ssa Ersilia - Bari.
Nesti dott. Dino - San Gimignano.
Nico dott. Francesco - Parma.
Nisio dott. Giuseppe - Bari.
Nuvoli dott. Innocenzo - Roma.
Nuvoli dott. Umberto - Roma.
Papa dott. Gennaro - Bologna.
Papa dott. Ugo - Macerata.
Parisi dott. Carlo - Vibo Valentia.
Parzani dott. Claudio - Sermide.
Pegreffi dott. Enrico - Modena.
Peratoner dott. Ugo - Roma.
Pergola dott. Mazzini - Roma.
Periti dott. Enrico - Monselice.
Piazza dott. Manlio - Roma.
Picardi dott. Giovanni - Roma.
Pichezzi dott. Lupo - Roma.
Pisani dott. S. - Prato.
Pittarelli dott. Mario - Campobasso.
Pollitzer dott. Renato - Roma.
Ponzoni dott. Vittorio - Lodi.
Pozzi dott. Arnaldo - Roma.
Preti prof. Luigi - Parma.
Protti dott. Giocondo - Padova.
Puccinelli dott. Vittorio - Roma.
Puglisi Allegra dott. Stefano - Messina.
Putzu prof. Francesco - Cagliari.
Quattrocchi dott. Aldo - Pesaro.
Razzoli dott. Everardo - Genova.
Renosto dott. Giovanni - Padova.
Rizzo dott. Giovanni - Roma.
Rongoni dott. Luigi - Fermo.
Rosa Mallia dott. Guglielmo - S. Croce Camerino.
Ruggieri dott. Ettore - Bologna.
Salmon dott. Alberto - Firenze.
Scaffidi dott. Vittorio - Napoli.
Schiassi dott. Benedetto - Bologna.
Sebastiani dott. Antonio - Roma.
Sebastiani dott. Francesco - Arezzo.
Segrè dott. Mario - Modena.
Selvaggi avv. Giovanni - Roma.
Serra dott. Vittorio - Roma.
Silvestri dott. Torindo - Modena.
Silvestrini prof. Raffaello - Perugia.
Siniscalchi dott. Raffaele - Roma.
Solieri dott. Sante - Forlì.
Sorge prof. Giuseppe - Catania.
Starna dott. Alberto - Roma.
Stipa dott. Franco - Roma.
Sussi prof. Luigi - Gorizia.
Taddei prof. Domenico - Pisa.
Tarulli prof. Giuseppe - Lecce.
Tattoni dott. Armando - Giulianova.
Timpano dott. Pietro - Reggio Calabria.
Tomaselli dott. Andrea - Catania.
Tomasi dott. Luigi - Conegliano Veneto.
Tonelli dott. Lanfranco - Roma.
Toscano dott. Carmelo - Roma.
Tosi dott. Gaspare - Busto Arsizio.
Trinchera dott. Carmelo - Bari.
Tripodi dott. Mario - Roma.
Trogu dott. Gaetano - Orvieto.
Truzzi dott. Enzo - Mantova.
Ugelli dott. Libero - Roma.
Valdoni dott. Piero - Roma.
Varisco dott. Azzo - Udine.
Verney dott. Lorenzo - Roma.
Vicentini dott. Fernando - Ceccano.

INDICE GENERALE

VOLUME XL - 1933

Indice per rubrica

LEZIONI - PROLUSIONI - CONFERENZE.

LAVORI ORIGINALI.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

DALLA PRATICA CORRENTE.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

NOTE DI TECNICA.

MEDICINA SOCIALE.
MEDICINA PREVENTIVA.

RIVISTE SINTETICHE.
QUESTIONI D'ATTUALITA'.

DIVAGAZIONI.

RILIEVI E COMMENTI.
RIVENDICAZIONI.

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO.

INTERESSI PROFESSIONALI.

NECROLOGIE.

ACCADEMIE, CONGRESSI, SOCIETA'.

Pag.

SUNTI E RASSEGNE; APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO; SERVIZI IGIENICO-SANITARI; POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA; CRONACA DEL MOVIMENTO PROFESSIONALE; vedi l'Indice delle Materie.

CONCORSI; NOMINE; PROMOZIONI E ONORIFICENZE; CORRISPONDENZE; NOTIZIE DIVERSE; vedi alla fine dei singoli fascicoli.

CENNI BIBLIOGRAFICI. NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE (*).

(*) Per comodità degli studiosi riportiamo l'elenco dei libri recensiti.

Pag.

Indice alfabetico delle Materie

A

D

E

F

H

I

M

N

O

P

Q

R

T

U

V

W

X

Z

J

Pag.

K

L

M

N

O

P

Affinchè i lettori possano apprezzare l'importanza dei contributi originali che vengono accolti nella Sezione Medica (periodicità mensile) **del "POLICLINICO", riportiamo l'Indice alfabetico dei contributi stessi pubblicati nel Volume XL (1933):**

MEMORIE ORIGINALI.

RELAZIONI.

RIVISTE SINTETICHE.

Affinchè i lettori possano apprezzare l'importanza dei contributi originali che vengono accolti nella Sezione Chirurgica (periodicità mensile) **del "POLICLINICO", riportiamo l'Indice alfabetico dei contributi stessi pubblicati nel Volume XL (1933):**

MEMORIE ORIGINALI.

C. Frugoni, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma, Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XL | Roma, 2 Gennaio 1933 - XI | Num. 1

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

Per l'anno 1933.

Ai Medici Italiani,

L'anno 1932 ha visto mantenute le promesse e le premesse. Le numerose lezioni cliniche pubblicate rappresentano la realizzazione del nostro programma di far giungere ai medici la parola dei Maestri e di prospettare loro nella forma più simpaticamente accetta i problemi di maggiore attualità. La materia dei singoli contributi pubblicati è stata accuratamente selezionata; la limitazione della casistica clinica isolata ha riservato maggior spazio ai lavori di più largo orizzonte e a pratico riferimento; furono curati i vari capitoli accessori.

Intendiamo pertanto tendere a sempre maggior perfezionamento.

"**IL POLICLINICO**,, *nella sua triplice edizione è l'unico grande giornale che con le Sezioni Medica e Chirurgica interessa ad un tempo i cultori della medicina e chirurgia generale che dedicano vita e passione all'indagine scientifica per il progresso della clinica e che, a mezzo della Sezione Pratica, si rivolge contemporaneamente ai medici pratici.*

Ai medici tutti e in particolar modo a quelli che vivono alla periferia e nelle condotte va la nostra calda solidarietà di pensiero perchè essi rappresentano la valorizzazione delle fatiche di chi opera con fede nei maggiori centri di studio. Essi devono trovare nel nostro giornale quanto è moderno, sicuro, applicativo. Devono essere messi ad intimo contatto con tutte le fresche correnti di pensiero che siano volte all'azione e che abbiano come obbiettivo quei problemi di vita pratica che investono la nostra responsabilità e le nostre possibilità nella diuturna opera faticosa contro i morbi nelle loro cause, nelle loro insidie, nelle loro conseguenze.

Con questa visione pratica, desiderosi di essere e di vibrare pensiero contro pensiero con la classe medica italiana, cercheremo di avanzare, di elevarci, di migliorare, paghi se i nostri lettori individualmente e collettivamente ci daranno il conforto della loro opera e del loro consenso.

LA REDAZIONE

SOMMARIO.

RILIEVI E COMMENTI.

Sulla malaria maligna spontanea e provocata.

NOTA di E. MARCHIAFAVA.

Quando dopo le prime scoperte etiologiche sulla malaria, si fece da parecchi ricercatori la trasmissione della malaria dall'uomo malato al sano per le iniezioni sottocutanee di sangue, allo scopo di studiare sperimentalmente alcuni problemi della infezione, non mancarono le critiche di quella patologia sperimentale sull'uomo. Chi avrebbe mai pensato allora che la infezione malarica sarebbe stata utilizzata come mezzo curativo contro malattie dei centri nervosi di origine luetica, fino a quel tempo giudicate inguaribili, come la demenza paralitica e la tabe dorsale?

È vero che Ippocrate, or sono ventiquattro secoli, ha parlato di antagonismo fra malattie nervose e malaria. Così negli aforismi (Sez. V n. 70) si legge « *qui quartana corripiuntur fere convulsione non tentantur. Quod si prius correpti fuerint, dein quartana accesserit, liberantur* ». E nel libro sesto degli Epidemici (Sez. VI): « *qui quartana vexantur, morbo comitiali non corripiuntur. Quod si antea correpti fuerint, quartana succedente, liberantur* ». Ma come a tutti è noto, fu recentemente che si conobbe la *malarioterapia;* e la trasmissione della malaria, sia per iniezione sottocutanea o endovenosa di sangue con parassiti malarici, sia con la puntura di zanzare sperimentalmente infette, ha assunto una meritata importanza nella terapia; perchè la infezione malarica, dai primi esperimenti fatti, or sono quattordici anni, nella clinica di Wagner-Jauregg a Vienna, originati dall'osservazione di antagonismo fra malaria e paralisi generale luetica, è riconosciuta ormai come il sussidio migliore, finora noto, nella cura delle malattie nervose di origine sifilitica e particolarmente della demenza paralitica; come se il parassita malarico con le sue tossine svolgesse un'azione specifica antagonista a quegli spirocheti (neurotropi) provocatori della malattia cerebrale. È provato omai che nella demenza paralitica, giudicata prima ribelle a qualsiasi aiuto terapeutico, la malario-terapia, se raramente apporta la gua-

rigione, spesso prolunga la vita con miglioramento, anche notabile, delle condizioni del corpo e della mente.

Ora dalle esperienze cliniche sulla malario-terapia, che si compiono nelle cliniche e negli ospedali delle malattie nervose e mentali di tutto il mondo; da questa sorgente nuova di patologia sperimentale sull'uomo a scopo curativo, si è giovata la malariologia per lo studio e il chiarimento di problemi di parassitologia, di clinica, di profilassi, di terapia, di immunità nella malaria. E tale molteplice studio si può fare completo senza alcuna preoccupazione, perchè allo scopo terapeutico, si deve lasciar decorrere la infezione, senza cura, per parecchi accessi e quindi per parecchi giorni; inoltre gli ammalati non ebbero infezioni malariche pregresse, non sono esposti a reinfezioni naturali; e rimangono in osservazione per mesi ed anni.

La malario-terapia fu praticata di regola con il sangue di uomini o con zanzare aventi la infezione del parassita della terzana benigna, del *Plasmodium vivax*, perchè senza il pericolo di una eventuale insorgenza della perniciosità. Se non che nell'Ospedale di Horton in Inghilterra, presso Londra, da S. P. James, W. D. Nicol, P. G. Shute (A study of induced Malignant Tertian Malaria, London, 1932) si praticò la malario-terapia con la malaria estivo-autunnale o maligna da *Plasmodium falciparum*, sia con la inoculazione di sangue, sia con anofeli precedentemente infetti. A questa applicazione del *Plasmodium falciparum* nella malario-terapia, quei ricercatori furono indotti dalla supposizione che questo parassita, con la sua sporulazione nei capillari degli organi, e quindi anche nel cervello, fosse più efficace contro il parassita della sifilide annidato in questo organo, specialmente in quei casi, nei quali la malario-terapia, con i parassiti della quartana e della terzana, era riuscita vana. Con la cooperazione ben diretta fra le ricerche di laboratorio e la vigile assistenza degli ammalati iniettati con il *Plasmodium falciparum*, si poterono curare più di 50 casi fino alla pubblicazione della memoria, con solo 4 % di mortalità, non superiore a quella della malario-terapia con il *Plasmodium vivax;* e gli autori ne vennero alla conclusione che in casi speciali, l'uso del P. F. sia giustificato, perchè ne risulta una terapia efficace per alcuni ammalati, che altrimenti ne sarebbero privi.

Gli stipiti parassitari, per mezzo delle zanzare infette, pervennero ai ricercatori inglesi dall'India, dall'Africa occidentale, dall'Italia (Campagna Romana, Sardegna).

Da questa malario-terapia con il P. F. si prese occasione di studiare problemi di morfologia, di biologia del parassita e le manifestazioni cliniche della infezione.

Riferiremo le osservazioni degli autori inglesi ricordati comparandole con quelle che già si sono fatte nella infezione da P. F. spontanea.

Nelle osservazioni fatte per la malario-terapia da P. F. il tipo clinico fu di Terzana semplice o doppia; e fu osservata una sola specie di parassita maligno, i cui caratteri morfologici e la periodicità della sporulazione ogni 48 ore, corrispondono alla descrizione data dagli autori italiani del parassita della Terzana maligna, il *Plasmodium falciparum.* La stessa conclusione risultava già dalle osservazioni di R. Koch in Italia, nell'Africa orientale e occidentale, nell'America centrale, nelle Indie olandesi, nella Nuova Ghinea.

Gli AA. inglesi non ammettono un tipo quotidiano di febbre estivo-autunnale provocato da una specie del P. F., la cui vita abbia la durata di 24 ore. Non escludono peraltro in modo assoluto la esistenza di una specie quotidiana del P. F. e in ciò trovano un sostegno nella osservazione recente di una forma nuova di Plasmodio benigno chiamato *Pl. ovale*, la cui morfologia si è conservata costante in una serie di passaggi da un ospite umano ad un altro e nei passaggi dall'uomo all'*Anopheles maculipennis* e poi nuovamente all'uomo.

Si conosceva già che la gravezza della Malaria maligna varia nelle differenti regioni specialmente per la varia frequenza delle sindromi della perniciosità. Da noi si diceva (Infezione malarica. F. Vallardi, 1902) nel capitolo della classificazione delle febbri malariche, che la specie del P. F. è unica e assai diffusa, ma comprendente, con molta verosimiglianza, parecchie varietà nei vari luoghi, distinguibili fra loro più per la azione patogena che per caratteri morfologici. E nel capitolo sull'Emoglobinuria dei malarici A. Bignami, ripetendo che la specie P. F. presenti nei vari luoghi delle varietà distinguibili per l'azione patogena, aggiungeva che gli sembrava verosimile che quella infezione malarica, nel corso della quale si manifesta con frequenza l'emoglobinuria, rapresentasse una di tali varietà. A questo modo di pensare egli era indotto anche dal fatto che, per gli stessi climi tropicali, non in tutti i luoghi, nei quali dominano le febbri tropicali propriamente dette (febbri estivo-autunnali da noi), domina egualmente l'emoglobinuria; p. e. è molto rara in Algeria, mentre è frequente nella costa ovest

dell'Africa; ed è rara, a quanto si conosce, nelle Indie. È più verosimile che tali differenze dipendano da varietà del parassita patogeno, che non dall'azione di un ipotetico fattore climatico (1).

Ora dagli esperimenti eseguiti sull'uomo nell'ospedale di Horton, giovandosi dei vari stipiti di P. F. ricevuti, come si è detto, da varie parti della Terra, risultò il fatto importante che nella specie P. F. si raccolgono razze geografiche, « *strains* », le quali, non differenti morfologicamente, possono essere distinte per la virulenza clinica, le reazioni immunologiche ed altre proprietà biologiche.

Per la virulenza clinica si riconobbero notabili differenze fra i vari stipiti geografici del P. F. ricevuti, riguardanti la durata della febbre, la severità dei sintomi, la dose della chinina necessaria per la cura. Così nei casi d'infezione provocata con lo stipite indiano la sindrome era mite e richiedeva non grande quantità di chinina per essere curata; il contrario avveniva nei casi d'infezione malarica provocata con lo stipite di P. F. ricevuto dall'Italia (Agro romano, Sardegna), per la severità della sindrome e per la dose curativa di chinina, che doveva essere otto volte maggiore di quella richiesta per la cura della febbre da P. F. indiano. Il dato più impressionante della distinzione clinica dei vari stipiti di P. F. è che, nella infezione provocata dagli stipiti italiani, si doveva ricorrere quasi subito (*almost at once*) ad una intensa cura chininica, mentre ciò non si era obbligati a fare con gli stipiti indiani. Nel primo caso la cura chininica pronta e intensa era richiesta dalla gravezza dei sintomi e per interrompere il lungo periodo di febbre subcontinua, che accompagnava di regola il primo attacco e alcune ricadute; periodo, la cui durata era minore nella infezione da stipite indiano. Inoltre in due casi da stipite italiano durante una intensa cura chininica per vincere recidive ribelli, si verificò l'emoglobinuria, che mancò nelle infezioni di stipite indiano.

Fra i vari stipiti di P. F. si notarono ancora differenze immunologiche: mentre in un caso si riuscì con ripetute inoculazioni di sangue con stipite indiano di P. F. a intervalli vari, a dare la immunità; questa non si mantenne quando, dopo parecchi mesi, si fece l'inoculazione con gli stipiti italiani, cui, dopo tre giorni d'incubazione, seguì un attacco grave. Infine, in rapporto alle proprietà biologiche, gli Autori inglesi riferiscono che, mentre non sono riusciti ad infettare anofeli indigeni facendoli pungere da malarici di stipite indiano; ciò riusciva, quando gli ammalati erano da stipite italiano, nella proporzione del 100%.

Di tale importanza per la cura e per il giudizio sull'efficacia di nuovi rimedi considerano gli AA. inglesi l'argomento dei vari stipiti geografici del P. F., che una delle principali conclusioni del loro lavoro è che i malariologi e i medici degli ospedali delle regioni malariche del Mondo dovrebbero, nel minor tempo possibile, fornire informazioni sulla virulenza clinica della particolare razza di P. F. prevalente nella regione dove risiedono (1).

Ora veniamo a quella parte dello studio sperimentale sull'uomo, che riguarda la curva della temperatura della Malaria maligna.

Ricordiamo che, prima dello studio delle febbri estivo-autunnali specialmente sulla Terzana maligna di Bignami e di Marchiafava nel 1891, si riteneva che quelle febbri fossero di andamento irregolare o di tipo prevalentemente quotidiano. La Terzana maligna, i cui accessi sopravvengono ogni 48 ore, come fu descrit-

(1) Ho letto recentemente nel *British Medical Journal* (5 nov. 1932) che nella R. Società di Med. Tropicale e d'Igiene di Londra, nell'ottobre scorso ebbe luogo una discussione sulla febbre emoglobinurica, che si aprì con una comunicazione di G. Gigliol̇i sulla epidemiologia e la etiologia di quella malattia nella Guiana inglese. Egli la considera, per le osservazioni epidemiologiche, come provocata da uno speciale « *strain* », da una razza emolitica del *Plasmodium*, specialmente del *Pl. falciparum*, morfologicamente non distinguibile dal parassita ordinario, e dominante in alcune regioni di malaria grave, non in tutte.

(1) Nel giugno 1932 in una discussione tenuta nella Società di Medicina tropicale di Londra sopra i rimedi sintetici antimalarici e la chinina (*Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, agosto 1932), S. P. James è ritornato sull'argomento delle razze geografiche delle specie parassitarie; le prime di differenti proprietà biologiche senza differenze morfologiche e con differente reazione ai rimedi antimalarici. Swellengrebel fece notare le differenze cliniche e terapeutiche di due razze di *Plasmodium vivax*: una proveniente dal Madagascar e l'altra indigena dell'Olanda; questa sembra avere una vitalità minore della prima ed una minore resistenza ai rimedi antimalarici. Schulemann, pure ammettendo con S. P. James le varie suscettibilità dei vari « *strains* » geografici all'azione dei rimedi, non crede che la suscettibilità di una razza in differenti regioni sia sempre soggetta a differenze di tal grado da essere manifeste nell'azione terapeutica; perchè, se ciò fosse, sarebbe impossibile di spiegare le somiglianze dei risultati di rimedi antimalarici nelle varie parti della Terra. A conseguire più esatte conoscenze sull'azione terapeutica delle nuove droghe antimalariche, gioveranno, in aggiunta alla cura della malaria spontanea, lo studio accurato della malaria provocata a scopo curativo, con esatti controlli.

ta dai ricordati autori, si distinse dalla Terzana benigna per la lunga durata, dovuta al prolungarsi del periodo di sporulazione, a gruppi, del parassita; per i caratteri della curva febbrile (invasione febbrile, periodo di stato con oscillazioni, pseudo crisi, elevazione precritica, crisi), per la maggiore gravezza dei sintomi. Al tipo terzanario si aggiunse un tipo quotidiano prevalente nelle recidive. Non mancarono critiche alla interpretazione data della Terzana maligna da parte di Baccelli, di Golgi e altri. R. Koch la chiamò *Febris tropica* confermando l'andamento descritto della curva febbrile. V. Ascoli (*La Malaria*, U.T.E. Torinese, Torino, 1915) la considerò come una terzana subentrante, cioè un aggruppamento di due accessi terzanari, il secondo subentrante; provocato da due generazioni parassitarie: una, onde precede la elevazione iniziale, l'altra, dalla quale origina la elevazione precritica della curva, che designerebbe l'inizio del secondo accesso febbrile.

Ciò premesso, quali furono i risultati delle osservazioni dei ricercatori inglesi nelle analisi della temperatura durante i parossismi febbrili; quale la spiegazione della Terzana maligna? Gli AA. inglesi osservarono sempre la curva della Terzana maligna, come fu descritta da M. e B. in uno o in altro periodo dei loro casi; e ritennero che la detta curva sia il risultato di due accessi, dei quali il secondo anticipa così il suo inizio, che sarebbe la nostra elevazione precritica, da insorgere quando il primo è nello stadio della discesa; e quindi trattarsi di una Terzana doppia da due generazioni del P. F. con sporulazioni ravvicinate. È la stessa spiegazione che ne dava V. Ascoli nelle sue osservazioni di Malaria spontanea, giudicando il gruppo parassitario sporulante, cui si deve la elevazione precritica, una nuova generazione parassitaria.

Parecchi anni or sono, all'affermazione di V. Ascoli, che l'accesso della Terzana maligna sia provocato da due generazioni parassitarie e non da una con il periodo della sporulazione prolungato a gruppi, onde le varie elevazioni della curva fino alla precritica dalla sporulazione dell'ultimo gruppo; si opponeva: quando si veggono nell'acme di un accesso febbrile di Terzana maligna soltanto o, in grandissima prevalenza, le amebe endoglobulari senza pigmento, e quando all'avvicinarsi del nuovo parossismo soltanto, o, in grandissima prevalenza, forme adulte con granulini o con massoline di pigmento; quando nelle perniciose comitate letali si veggono il cervello, gli organi emopoietici, la mucosa digerente, il cuore e anche altri organi con i vasellini sanguigni sovrempiti di globuli rossi con parassiti tutti o quasi tutti nello stesso stadio di vita: senza pigmento; con blocchetto di pigmento; nella sporulazione; come si può ritenere che nella Terzana maligna sia la regola la presenza di due generazioni parassitarie come nel tipo doppio della Terzana semplice non raramente subentrante? Se non che, come si diceva allora, qualunque sia la interpretazione della curva degli accessi della Terzana maligna, la cosa importante per la pratica è di saperli riconoscere non soltanto quando sono genuini, ma eziandio attraverso le modificazioni che possono presentare.

Oltre la curva della Terzana maligna, gli AA. inglesi, dall'osservazione dei loro casi, designano anche le seguenti curve: *a*) la curva di una febbre terzana come quella della Terzana benigna con una sola generazione del P. F. Tale curva fu descritta anche nella malaria spontanea; *b*) la curva di una Terzana doppia da due generazioni predominanti, le cui sporulazioni avvengano con notabile intervallo, spesso di 24 ore, onde la curva detta quotidiana; *c*) una curva di Terzana con due gruppi di parassiti la cui sporulazione avviene con intervallo non così grande come nel caso precedente, onde consegue che la curva dimostra due attacchi distinti nello stesso giorno: l'intervallo fra l'inizio di ciascun parossismo è di 16 ore e l'intervallo fra il termine di un parossismo e l'inizio dell'altro è di 8 ore.

Lasciando l'argomento delle curve febbrili; un carattere fondamentale indicato dagli AA. inglesi per la distinzione della Malaria benigna dalla Malaria maligna è la moltiplicità dei gruppi parassitari nella seconda, nella quale si vedono due, tre e spesso più separati gruppi di parassiti, che sporulano nei loro tempi regolari, senza essere soppressi da una o da due generazioni predominanti.

Il fatto della moltiplicità delle generazioni parassitarie nella Malaria maligna osservato dagli AA. inglesi, concorda con ciò che è stato osservato e descritto nella Malaria spontanea. G. Baccelli (1866), prima delle scoperte parassitarie, nella febbre subcontinua all'inizio o nel progresso della malattia, rilevava l'aumento numerico dei parassiti in un determinato tempo; e, dopo quelle scoperte, vedeva nel sangue dei febbricitanti di subcontinua, la presenza di più gruppi parassitari, in reciproca indipendenza, i quali con le loro sporulazioni si

succedono incalzanti l'una sull'altra, come gli accessi febbrili che ne derivano (1).

Ora se la moltiplicità delle generazioni parassitarie è un fatto frequente nella Malaria maligna, non può proprio affermarsi che sia il carattere fondamentale il solo fattore della malignità. Quanti casi di febbre da P. F. gravi si osservano con un solo gruppo parassitario! Fra i moltissimi da me osservati, ricordo l'ultimo nel certamente primo accesso con sindrome grave, nel quale l'esame del sangue, fatto dopo poche ore dall'inizio, dimostrò un numero impressionante di parassiti, *tutti nello stesso stadio di sviluppo* (forme ameboidi senza pigmento). Ma la presenza di una sola generazione parassitaria nella Malaria maligna si rileva non soltanto dall'esame del sangue durante la vita, ma anche, come si è accennato, nei casi letali dopo la morte. Non poche autopsie in casi di Perniciosa furono eseguite da me e dai miei Colleghi, con il reperto di una sola generazione parassitaria. In questi casi si vedono i vasellini del cervello e degli altri organi, spesso con gli endoteli pigmentati, ripieni e distesi da globuli rossi *tutti* contenenti parassiti che sono *tutti* nello stesso stadio di vita: parassiti senza pigmento o con scarsi granulini pigmentari; parassiti con blocchetto di pigmento di regola alla periferia del corpo parassitario; parassiti nella sporulazione entro i globuli rossi, dei quali è conservato un orlo emoglobinico, e spore libere. S'intende che si considerano parassiti della stessa generazione pur quando vi siano piccole differenze di sviluppo; come le forme ameboidi senza pigmento e le forme con finissimi granuli di pigmento; le forme sporulanti nei vari gradi della sporulazione. Di malaria perniciosa letale con il ritrovamento di una sola generazione parassitaria parecchi casi furono ricordati nelle pubblicazioni precedenti, cominciando da quella del 1892 (*Sulle febbri estivo-autunnali*, Bollettino della R. Acc. med. di Roma). Da questa pubblicazione sia lecito ricordare il seguente caso: un giovane, addetto ad una fornace presso Roma, ebbe il primo attacco febbrile il giorno 30 luglio; nel giorno seguente andò a piedi alla fornace, e, a mezzodì, mentre attendeva al suo lavoro, cadde nel coma e nel pomeriggio fu portato all'ospedale, ove si sviluppò una sindrome tetanica; nella quale, non ostante la intensa cura specifica, si spense alle ore 2 del 1° agosto; all'autopsia, oltre il tumore acuto della milza, nel cervello i vasellini erano ripieni di globuli rossi contenenti parassiti tutti con il blocchetto di pigmento (presporulanti); mentre nel sangue delle arterie della base se ne vedevano commisti ai globuli rossi normali; in tutti gli altri organi, dovunque nei vasellini, globuli rossi con parassiti nello stesso stadio di vita.

Se dunque, giova ripeterlo, la moltiplicità delle generazioni è un fatto non raro nella Malaria maligna, non deve ritenersi come il fattore precipuo della malignità, perchè occorre di osservare casi di Perniciose, malgrado la cura intensa specifica, rapidamente letali *con un solo gruppo parassitario*.

Quanto al decorso clinico generale della Malaria maligna; il suo studio, come si è accennato, trasse non lieve vantaggio dalla malarioterapia, perchè condizione essenziale di questa è di lasciare di regola alla natura il decorso della malattia per parecchi giorni e non interromperlo senza indugio con la cura specifica, onde giovare ai dementi paralitici, e perchè è consentito, dopo il primo attacco, di tenere in osservazione gli inoculati per mesi e talora per anni.

Se nella Malaria benigna si può avere un lungo periodo di incubazione dopo la puntura di zanzare infette, fino a sei mesi e anche più; tale lunga latenza, secondo le accurate esperienze degli AA. inglesi, non avviene mai nella Malaria maligna: in questa, il periodo massimo d'incubazione fu di 17 giorni; il minimo di 6 giorni. Ora questo risultato è d'accordo con ciò, che si osserva nella infezione spontanea. Per dare un giudizio esatto sulla durata in questa del periodo d'incubazione, deve tenersi conto soltanto di quei casi, nei quali è dato di conoscere con precisione il tempo e la durata del soggiorno in luogo di Malaria maligna. Ora dall'osservazione di alcuni di questi casi (V. *Infezione malarica*, Vallardi 1902) risultò che la durata della incubazione è fra 9 e 12 giorni. Ma, come nella infezione sperimentale, può essere anche minore; e nelle infezioni, provocate colle iniezioni endovenose o sottocutanee di sangue, la incubazione nella malaria estivo-autunnale fu tra 6 e 14 giorni.

Per il decorso ulteriore, dopo il primo attacco, nella Malaria spontanea, si è osservato che, se in quello la cura sia fatta bene, possono

(1) Un giorno dell'estate del 1875 trovandosi G. Baccelli con un medico sulla spiaggia del mare, in quel momento agitato, rassomigliava il succedersi incalzante sugli scogli delle onde, delle quali una sopravveniva quando la precedente era nella discesa, al succedersi degli accessi febbrili nella subcontinua così ravvicinati da mancare la intermittenza.

mancare le ricadute e le recidive a brevi e a lunghi intervalli e, al più, nella primavera successiva alla stagione malarica, nella quale si prese la infezione, manifestarsi attacchi di Malaria benigna, da *Plasmodium vivax*, sopravvissuta alla maligna, alla quale era unita fin dal principio della malattia. Ma, anche senza una cura ben fatta, la Malaria maligna ha un decorso più breve della benigna, così da essere considerata la prima come una malattia acuta di fronte alla seconda; come, del resto, si è osservato, durante e dopo la guerra, nei soldati che avevano contratto la Malaria maligna nelle zone di operazione italiane o straniere, i quali ritornati in siti non malarici, senza il pericolo di reinfezioni, continuavano a soffrire di recidive sempre più miti e a più lunghi intervalli fino alla guarigione, più spesso entro l'anno.

Nella infezione malarica si distinguevano le ricadute e le recidive a brevi e a lunghi intervalli (loc. cit.). S. P. James e i suoi collaboratori distinguono le recrudescenze entro 8 settimane dall'attacco primitivo; le ricadute dopo 8 settimane; le ricorrenze dopo 24 settimane. Ora nella Malaria maligna provocata a scopo terapeutico gli AA. inglesi osservarono le prime, cioè le recrudescenze e non le recidive o le ricadute e le ricorrenze; e ciò è d'accordo con la durata non lunga della Malaria da P. F.

Un altro fatto dimostrato dalla clinica e dall'anatomia patologica nella Malaria spontanea è che la perniciosità si manifesta nei primi giorni di malattia, nella infezione recente con febbre intermittente o subcontinua, e quindi nelle stagioni di estate e di autunno e non nelle stagioni d'inverno e di primavera, eccetto casi rari nelle prime settimane dell'inverno; perchè gli ammalati, superato il primo periodo della infezione, hanno di regola acquistato un'immunità parziale, relativa, contro la virulenza perniciosa delle tossine del P. F. prodotte dalla sua attività metabolica; e quindi nelle recidive invernali e primaverili non si corre il pericolo della perniciosità. Questo fatto, di somma importanza pratica, della insorgenza della perniciosità nel primo periodo della infezione, è stato confermato dalla patologia sperimentale per la malario-terapia, come risulta dalle accurate osservazioni degli AA. inglesi, i quali poterono avere sotto gli occhi per lungo tempo gl'inoculati, e videro la Malaria maligna, in paragone della malaria benigna, decorrere come una malattia acuta costituita da un attacco primitivo, della durata di parecchi giorni con sindrome severa, nella quale può insorgere la perniciosità, seguìto da un numero vario di recrudescenze, con progressiva attenuazione della gravità dei sintomi e diminuzione del numero dei parassiti, i quali, peraltro, possono rimanere dopo la cessazione della febbre. E fu confermato anche l'insorgere talora rapido, inopinato, quasi fulmineo, come noi dicevamo, della sindrome perniciosa, come sanno i medici esercenti in regioni di malaria grave, che vedono cadere nel coma pernicioso gli uomini dei campi che si avviano al lavoro o durante questo, dopo aver sofferto uno o due accessi febbrili. Molti casi di tali perniciose furono ricordati nei lavori precedenti e si osservano pure adesso nei paesi ancora desolati dalla malaria grave. In un caso osservato dagli AA. inglesi dopo la inoculazione di uno stipite di P. F. indiano, la infezione perniciosa letale molto rapidamente si sviluppò in « *an explosive* (« *fulminant* ») *way* » con numerose forme anulari e parecchie presporulanti nel sangue periferico, non ostante il trattamento chininico da quattro giorni; come si è osservato non raramente nelle infezioni perniciose di origine spontanea (1).

È nella Medicina una verità indiscussa: che dalla varia disposizione individuale dipende, di fronte all'azione delle cause patogene, non soltanto lo sviluppo del processo morboso, del-

(1) Che la perniciosità si manifesti di regola soltanto negli attacchi primitivi di Malaria è dimostrato anche dalle opere dei medici antichi, come F. M. Torti, i quali sebbene non lo affermassero chiaramente, lo resero evidente con i casi da loro esposti, dai quali risulta che la sindrome perniciosa insorgeva in uno dei primi attacchi di febbre, in uno dei primi giorni di malattia, con febbre intermittente o subcontinua. A questo proposito ricorderò che la parola *perniciosità* rimonta a Ippocrate: nel primo libro degli Epidemici trattando delle epidemie nell'isola di Taso, di febbri acute, ardenti, (πυρετος οξυς, καυσωδεσι) delle quali molte si riconoscono di origine palustre, si dice che dal principio si poteva giudicare in quali « *praesens immineret pernicies* » (τὰ ὀλεθρία). Nei libri degli Epidemici sono esposte le condizioni atmosferiche di quattro anni nelle varie stagioni, le malattie che vi dominarono, sulle quali seguono considerazioni e da ultimo si aggiunge la storia di alcuni dei casi osservati. Delle febbri descritte da Ippocrate nelle stagioni di estate e di autunno, dopo l'esperienza di tanti secoli dalla pratica d'Ippocrate, molte si possono diagnosticare quali febbri palustri intermittenti o subcontinue spesso con esito letale. Come esempio valga il caso primo del Libro I degli Epidemici, che io riassumerò nelle linee principali: Filisco, che abitava presso le mura, il primo giorno di malattia fu preso da una febbre acuta; seguì una notte agitata; il giorno seguente aggra-

la reazione patologica; ma ancora molto della gravità e del decorso della malattia. Di ciò viene data una dimostrazione perentoria dagli AA. inglesi con l'esperienza, che, di parecchi individui inoculati con la stessa razza parassitaria, per la stessa via d'inoculazione, con la stessa quantità di sangue con parassiti, nello stesso tempo, le manifestazioni cliniche e parassitologiche furono differenti: la reazione in alcuni individui fu più grave, fino alla perniciosità, che nella maggioranza dei casi; in altri fu più mite. Vi sono individui, da mettersi fra i refrattari, i quali della infezione presentano soltanto scarsi parassiti nel sangue senza alcuna reazione febbrile o altri sintomi. Sono individui portatori dei parassiti della infezione senza averne i sintomi.

Sulla influenza della quantità dei parassiti inoculati, la dose della infezione, agli AA. inglesi è risultato che, mentre nella Malaria benigna la dose della infezione (numero delle punture delle zanzare) ha una influenza definita ma non impressionante (*striking*); nella Malaria maligna, sebbene la casistica degli inoculati con le zanzare non sia ancora sufficiente per una statistica, si può dire in generale che nei casi infettati con la puntura di parecchie zanzare gli attacchi primitivi sono più difficili a controllare e di più lunga durata, che nei casi infettati per la puntura di uno o due insetti.

L'osservazione della immunità, che si acquista nel decorso della infezione malarica, onde, di regola, ogni recrudescenza o recidiva è meno grave della precedente e si dilegua insieme il pericolo della perniciosità; e il fatto della immunità conferita con le reinfezioni con la stessa razza, inducono gli AA. inglesi a consigliare di somministrare nelle recrudescenze della Malaria maligna poco chinino o anche di non darlo, quando vi sia una vigilanza competente, allo scopo di agevolare l'acquisto della immunità, della resistenza, e quindi la guarigione. Ciò potrà mettersi in pratica in alcuni casi, in condizioni favorevoli come nell'ospedale di Horton. Ma quando individui di color terreo, anemici, deboli, non validi al lavoro, soffrono di attacchi febbrili con parassiti nel sangue del ciclo asessuato e sessuato; come può il medico, pur senza correre il rischio della perniciosità, astenersi dal curarli con la chinina nella dose che ritenga sufficiente e nel tempo più opportuno, dopo gli esami clinici e parassitologici dei singoli casi? Si deve inoltre pensare alla bonifica umana diretta alla diminuzione, fin dove sia possibile, del numero dei portatori dei parassiti, che sono le sorgenti della infezione delle zanzare nelle stagioni di estate e di autunno. Nel Sanatorio del Governatorato di Roma per i fanciulli malarici dell'Agro Romano, molti ne sono accolti ogni anno. Quando vi entrano sono anemici, denutriti, deboli, tristi, spesso febbricitanti con parassiti nel sangue e con tumore della milza. Dalla cura chininica bene eseguita nella dose e nel tempo, congiunta alla vigile assistenza e alla buona alimentazione, si ottengono risultati veramente benefici: già dopo due o tre settimane, cessati gli attacchi febbrili, scomparsi i parassiti, i fanciulli presentano quasi tutti un notabile miglioramento nella sanguificazione, nella nutrizione, nella progressiva diminuzione del tumore splenico, nel ritorno della vivacità del carattere, così da sorprendere lietamente le madri, che non li avevano più rivisti dopo l'uscita dalla famiglia. Sarebbe forse meglio lasciare tutti questi fanciulli senza cura, perchè acquistino la immunità?

Abbiamo riassunto i fatti più importanti messi in evidenza dalle accuratissime ricerche fatte da S. P. James e dai suoi collaboratori sulla patologia sperimentale della Malaria sul-

---

vò, ma, dopo una evacuazione alvina, la notte fu tranquilla. Il terzo giorno nella mattina fu senza febbre; ma nel pomeriggio ritornò la febbre acuta, con sete, lingua arida, orina intensamente colorata; la notte decorse con ambascia e con delirio; nel quarto giorno peggioramento di tutti i sintomi; la notte meno agitata. Nel quinto giorno epistassi; la notte seguente insonnia, delirio, le estremità si fecero fredde nè più si riscaldarono; allo spuntare del giorno sesto, breve sonno; poi l'ammalato divenne afono, si coprì di sudore freddo; le estremità si fecero cianotiche; il respiro raro e profondo; e morì sul mezzogiorno. La milza era aumentata di volume (μέγα σπλῆν). La diagnosi di questo caso osservato da Ippocrate non può essere che quella di Terzana maligna con algidismo pernicioso al terzo attacco. Nel sapiente commento delle opere d'Ippocrate di E. Littré (Baillière, Paris, 1840), il caso ricordato, comparato ad un caso di febbre palustre remittente osservato da Maillot in Bona (Algeria), è giudicato con la diagnosi di Febbre perniciosa comatosa pseudo-continua. Ma sembra più corrispondente alla sindrome della malattia la diagnosi proposta.

Anche delle manifestazioni inopinate, fulminee della sindrome della perniciosità si trovano documenti nelle opere dei grandi medici, come fra le storie di F. Torti nel suo libro sulle Febbri perniciose. In altra occasione (*Il pensiero Latino e le scoperte recenti sulla Malaria*, « Nuova Antologia », 1° luglio 1932), ho ricordato la storia di una perniciosa comatosa osservata nell'autunno del 1729 da G. B. Morgagni in un Cardinale di Padova, il quale andato sul mezzodì a riposarsi fu colto, durante il sonno, dal coma pernicioso in un accesso di Terzana; ritornata, decorse alcune ore, la coscienza, dopo 48 ore si rinnovò l'accesso letargico con sintomi più gravi; e l'ammalato fu salvato da un terzo accesso pernicioso, certamente letale, da Morgagni, che aveva fatto la giusta diagnosi, colla polvere della corteccia di China.

l'uomo a scopo terapeutico. Altri problemi sono ricordati dagli AA. inglesi, clinici, immunologici, curativi, e che dovranno essere risoluti da ulteriori indagini.

Aggiungiamo da ultimo che gli AA. inglesi sperimentarono il nuovo rimedio sintetico chiamato Erion o Atebrina, loro mandato dal professore Schulemann, dai laboratori dei prodotti chimici di Eberfeld. N'ebbero risultati buoni in casi di recidive di Malaria maligna dopo sei mesi dal primo attacco, recidive che cessarono subito dopo l'uso dell'Atebrina nella dose di gr. 0,30 al giorno per cinque giorni; in casi d'infezione nel primo attacco con guarigione pronta e senza ulteriori attacchi; mentre quest'ottimo risultato non si ottiene con la cura chininica. Sedici individui sopra diciassette sono guariti con l'Atebrina. Tali risultati sono maggiormente importanti per il rigore con il quale furono condotti gli esperimenti con il controllo di ammalati trattati con la chinina e adoperando razze parassitarie di nota intensità di virulenza contro le quali la chinina si era dimostrata non di grande efficacia. Non vi può essere dubbio che sull'efficacia di questo nuovo rimedio sintetico si faranno prove in tutte le regioni malariche del mondo, così da poterne dare, senza lungo indugio, un giudizio, che dobbiamo augurarci sia una conferma degli effetti benefici già ottenuti.

RIASSUNTO.

L'A. ha fatto uno studio critico comparativo fra la infezione malarica maligna da *Plasmodium falciparum* di origine spontanea e quella provocata a scopo terapeutico. La seconda è una vera patologia sperimentale della Malaria nell'uomo, la quale più della spontanea, consente una indagine accurata dei problemi parassitologico, clinico, immunitario, profilattico, terapeutico. L'A. si è occupato particolarmente delle razze geografiche del *Pl. falciparum* di varia virulenza clinica, sebbene morfologicamente identiche; della interpretazione della febbre terzana maligna; del numero delle generazioni parassitarie; del decorso clinico, della durata e della terapia della infezione. In genere i dati delle ricerche sperimentali sono d'accordo con quelli della Malaria spontanea.

Il Numero 2 del 9 corr. conterrà una Lezione Clinica del prof. **CESARE FRUGONI: Calcolosi del coledoco e fistola colecistoduodenale.**

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Clinica Medica Generale e Semeiotica della R. Università di Napoli
diretto dal Prof. G. ZAGARI.

Anemia agastrica e suoi rapporti con l'anemia perniciosa

per il dott. ERMANNO LOMBARDI,
assistente ordinario.

Dai recenti studi e da numerose osservazioni cliniche risulta quale grande influenza ha la funzione secretoria dello stomaco nei disturbi dell'eritropoiesi.

È sorpassata ormai la credenza che esclusiva funzione dello stomaco sia quella d'un sacco, nel quale l'alimento subisca la sua prima tappa per la digestione e che non abbia altre funzioni specifiche.

La ricerca di Castle, dell'Università di Harward, quelle di Wilchinson e poi ancora quelle di Sturgis, Isaac e Sharp ed altri numerosi hanno gettata una viva luce sui rapporti che intercedono tra normale funzionalità secretiva gastrica ed eritropoiesi.

I primi osservatori e studiosi della materia non avevano per vero mancato di far risaltare come l'achilia gastrica fosse un reperto costante dell'anemia perniciosa (Fenwich, Hunter, Martius, Lenhartz, Grawitz, K. Faber, ecc.), sebbene qualche raro autore (Bevaneck, e recentemente Allodi) abbia trovato tracce di acido cloridrico libero nel succo gastrico di anemici perniciosi.

Il manifestarsi poi dell'anemia a tipo pernicioso, o a tipo di grave sindrome anemica ipocromica, in individui sottoposti precedentemente ad asportazione o resezione dello stomaco, conferma ancora di più l'influenza di esso sulla crasi sanguigna.

A mio modo di vedere, a riprova di quanto sopra ho esposto, vale a dire, ipofunzione secretoria gastrica e conseguente anemia, starebbero le osservazioni di Friedmann, Kamp, Bing, Mairano e Placeo, Mann, Cofler e recentemente quelle di Allodi e Griva. I primi AA., infatti, studiando casi di ulcera duodenale, avevano notato (ed alcuni, nel 90 %) che i pazienti avevano una netta iperglobulia (a volte sino a 8 milioni di globuli rossi) ed essi credettero di poter assegnare a questo sintoma un valore prettamente diagnostico. Friedmann studiò 25 casi ed in 23 notò un netto aumento di globuli rossi: avevano i segni clinici e radiologici dell'ulcera duodena-

le. Tutti i pazienti, ad eccezione di uno, erano ipercloridrici. Mairano e Placeo esaminarono 35 malati, di cui 23 presentavano sintomi di ulcera duodenale, 8 di ulcera gastrica e 4 erano affetti da sindromi aderenziali del segmento piloro-duodenale col fegato. Nel 90 % dei casi ebbero reperti di iperglobulia. L'acidità totale si dimostrò in tutti i casi più elevata del normale, sorpassando in alcuni il 3 % e toccando anche il 4 % in qualcuno.

Allodi e Griva hanno riscontrato iperglobulia nel 50 % dei casi di ulcera duodenale e nei 34 % in ulceri extraduodenale o in altre affezioni di natura diversa (gastrite ipergenetica, diverticolo del duodeno, ulcera digiunale, proctite).

E' stata notata la coincidenza dell'ipercloridrica-ipersecrezione con cifre alte di globuli rossi. E tanto più interessante è questo reperto in quanto questi ammalati appaiono dimagrati dalla dieta ristretta, pallidi, astenici. Sicchè si avrebbero due dati degni di rilievo: ipercloridria ipersecrezione e corrispettiva iperglobulia: ipoglobulia, iposecrezione e corrispondente anemia.

Bloomfield e Keefer hanno riscontrato che negli anemici perniciosi neanche dopo iniezione di istamina si ha secrezione cloridrica, e lo stomaco di questi malati è impermeabile alle sostanze coloranti, introdotte nella circolazione generale (Davidson e Willax, Haagensen) al contrario di ciò che avviene per gli individui sani.

*
* *

La menomata funzione secretoria dello stomaco, come pure quella di tutto il tubo gastro-enterico, contribuisce al pullulare di una abnorme flora batterica (ospite abituale del colon) in tratti intestinali, che fisiologicamente ne sono privi e che presumibilmente apporterebbero delle lesioni intestinali tali da rendere possibili l'assorbimento di tossine ad azione emotossica.

Gli esperimenti di Seyderhelm e Lehmann sui cani — nei quali veniva prodotta una stenosi dell'intestino tenue — fecero notare lo stabilirsi in alcuni di essi di una sindrome d'anemia ipercromica con macrocitosi ed urobilinuria. Nel tratto dilatato, a monte della stenosi, si aveva il pullulare di una enorme flora batterica.

Le successive esperienze personali (v. Lombardi, *Riforma Med.* n. 5, 1928), praticate anche sui cani, nei quali riuscivo a provocare una enorme dilatazione del tenue, a monte della stenosi, dimostrarono l'evoluzione in essi di una sindrome anemica ipocromica, con fame vorace, dimagramento, a volte paralisi del treno posteriore ed ulcerazioni diffuse della cute.

Molti AA., studiando la flora microbica dello stomaco e dello intestino di anemici perniciosi, hanno riscontrato b. coli, stafilococchi, streptococchi, perfringes Welchi e diplococchi Gram positivi. A tutti questi germi si è attribuita un'azione emotossica non combattuta, nè neutralizzata dai succhi deficienti dello stomaco e dell'intestino che normalmente vi riescono a mantenere una relativa sterilità.

*
* *

Le recenti ricerche di Castle mostrano gli stretti rapporti che intercedono tra la normale funzione gastrica ed una attiva eritropoiesi, e contribuiscono oltre che alla terapia, anche a chiarire in un certo qual modo la patogenesi dell'anemia perniciosa. Partendo dal sintoma « achilia » riscontrato anche dai primi osservatori, egli ha pensato che una terapia di sostituzione avrebbe apportato ai pazienti notevole beneficio. Fece ingerire ad individuo sano 300 grammi di carne magra di bue e dopo un'ora, con eccitazione faringea, gli fece rigurgitare il contenuto semiliquido dello stomaco, che addizionò con acido cloridrico fino a pH = 2,5 — 3,5, e mise in termostato per un tempo variabile da 6 a 30 ore.

In seguito filtrò il liquido, lo neutralizzò con soda e lo introdusse con sonda esofagea nello stomaco di un anemico pernicioso. Furono trattati in questo modo 10 individui, per un periodo di tempo variabile da 2 a 5 settimane. Si ebbe una netta risposta reticolocitaria verso il decimo giorno e rapido aumento dei corpuscoli rossi. E' stato poi notato che se si mette in contatto per un tempo sufficiente, la carne di bue cruda con succo gastrico in vitro, e poi si somministra, l'azione è identica; ma non si ha alcun risultato se si somministra a solo il succo gastrico o la carne magra. Tre malati sottoposti a questo trattamento non ebbero alcuna modificazione nella loro formula ematica, ma sottoposti in seguito alla cura di Castle reagirono perfettamente.

Wilkinson ha notato che anche la pepsina del commercio e l'acido cloridrico restano senza alcun effetto. Ma il succo gastrico, privato della pepsina e del labfermento con addizione di caseina e poi di carbonato di ma-

gnesio, può conservare le sue proprietà antianemiche.

Si deduce che la sostanza attiva non si trova preformata nel succo gastrico, nè nella carne magra di bue, ma risulta dal contatto prolungato delle due sostanze. Vi è quindi un fattore intrinseco, un enzima, termolabile, secreto dalla mucosa gastrica, attivo, ed un fattore estrinseco prodotto dalla scissione della proteina.

Le ricerche successive di Sturgis, Isaac, e Sharps, e poi quelle di Conner, hanno reso di applicazione pratica la cura di Castle. Questi AA. hanno avuto l'idea di far prendere ai loro pazienti lo stomaco di maiale, ch'è un animale omnivoro ed il cui stomaco per la sua fisiologia si avvicina di più a quello dell'uomo, ottenendo ottimi risultati. Sicchè lo stomaco, dopo queste ricerche, è stato riabilitato nella sua funzione; non è solamente un organo nel quale avviene la prima digestione, sviluppata e completata poi da altri succhi, non è la prima tappa nella quale il cibo può fare a meno di soffermarsi, inoltrandosi direttamente nell'intestino; ma ha una funzione più nobile, quella di presiedere alla formisura di materiale adatto, perchè l'organismo mantenga in efficienza e colmi i vuoti che continuamente si hanno nella serie rossa del sangue.

*
* *

I casi di anemia perniciosa, insorti dopo le resezioni gastriche, come quelli riscontrati per carcinoma gastrico, contribuiscono a rafforzare la teoria dell'origine gastro-intestinale della malattia di Addison-Biermer.

In Italia, Velo, recentemente ha istituito delle ricerche su 44 pazienti operati di resezione gastrica da 1 a 7 anni, e in nessuno di essi ha potuto mettere in evidenza i segni dell'anemia perniciosa.

Henschen ha riferito al congresso della Società Tedesca di Chirurgia del 1930, le ricerche ematologiche da lui compiute su 77 resecati, per la massima parte secondo Billroth II. Neanche egli trovò segni clinici ed ematologici tali da far pensare all'anemia perniciosa.

Risultato identico ebbero Gordon-Taylor, Hudson Dodds, Warner e Witby in 52 pazienti.

Hochrein, però, riferisce due casi, uno di anemia perniciosa e l'altro di grave anemia ipocromica, riscontrati dopo resezione gastrica. Anche quest'ultimo caso poteva essere accostato e per l'amnesi e per l'ottimo risultato ricavato dall'epatodieta, all'anemia perniciosa.

Scheidel nel 1930 ha osservato un caso di anemia perniciosa consecutiva a resezione gastrica in un uomo di 50 anni. Presentava i caratteristici segni clinici ed ematologici della affezione: achilia, rapido svuotamento gastrico ed anche splenomegalia. Con cure arsenicali e somministrazione di acido cloridrico migliorò. Già precedentemente, nel 1925, Ellis descrisse un quadro tipico di anemia perniciosa con sindrome di Lichtheim, in un individuo che precedentemente aveva subìto una resezione dello stomaco per carcinoma. Anche Denning, nel 1929, descrisse un caso simile con sindrome di Lichtheim e l'eritropoiesi, con cura di fegato, andò migliorando; l'ammalato però morì in seguito per affezione acuta polmonare. Nello stesso anno Borgbiaerg e Lottrup osservarono in due operati di resezione gastrica, anemia perniciosa.

Morawitz recentemente descrive tre casi di anemia agastrica con reperto ematologico di anemia perniciosa, anemia grave a tipo ipocromico ed anemia ipoplastica.

Avendo avuto l'opportunità di studiare in Clinica un caso tipico di anemia perniciosa, dopo parziale resezione gastrica, lo riferisco poichè presenta un certo interesse, pel fatto che la sindrome ematica si è manifestata dopo pochi mesi dall'atto operativo, mentre negli altri finora segnalati solo dopo vari anni.

Marino A., da Ponticelli, di anni 45, sellaio.

Padre morto per ictus a 86 anni, si sposò una prima volta con donna che morì per tubercolosi polmonare e dalla quale ebbe cinque figli: tre morti piccoli, anche essi tubercolosi e due viventi e sani: la seconda moglie (sorella della precedente) ebbe tre figli, dei quali solo il paziente sopravvisse: degli altri uno morì a cinque anni per broncopolmonite ed un secondo a 36 per cardiopatia.

Il paz. ebbe allattamento mercenario, sviluppo fisico e psichico normale: non ricorda di aver sofferto i comuni esantemi dell'infanzia: a 10 anni bronchite, a 16 ulcera molle del ghiande che guarì in 15 giorni, senza cure di sorta. Fu riformato alla leva militare per debole costituzione. A 21 anno prese moglie, attualmente vivente e sana e dà essa ebbe 4 figli dei quali solo uno sopravvive, gli altri sono morti nel 1928 durante l'epidemia influenzale.

A 26 anni, nella grande guerra, fu chiamato alle armi e per 8 mesi prestò servizio come operaio in una fabbrica di proiettili, poi nella milizia territoriale fino alla smobilizzazione.

Sin dall'età di 17 anni il paziente è sofferente di stomaco: egli andava soggetto a periodi di forte acidità, senso di pirosi, dolore all'epigrastrio qualche ora dopo l'ingestione del cibo. Queste sofferenze si presentavano ciclicamente in quanto che vi erano periodi di completa remissione. Questi periodi, da prima abbastanza lunghi,

si andarono man mano raccorciando ed il paziente perciò ricorse all'esame di un clinico che riconobbe la presenza di ulcera iuxtapilorica. Si sottopose a cure mediche e stette relativamente bene per circa tre anni. Ma ripresentatisi gli stessi disturbi, e questa volta con maggiore intensità del 1927 si sottopose alla gastroenterostomia. Dimesso dall'ospedale, stette bene per circa un anno, dopo cominciò di nuovo ad avvertire forte pirosi e dolore dopo l'ingestione del cibo. Potè tirare innanzi con cure mediche fino al 1930 e si decise quindi a sottoporsi al nuovo atto operativo. Questa volta gli fu praticata parziale resezione gastrica.

Dopo pochi mesi, il paziente, che subito dopo l'atto operativo era tornato nel pieno benessere, cominciò ad impallidire fortemente, aveva facili annebbiamenti di vista, ronzii agli orecchi, vertigini. Essendo divenuto fortemente astenico chiese ricovero in Clinica verso la fine del gennaio del 1931.

E. O. Costituzione scheletrica normale: pannicolo adiposo scarso: muscoli poco sviluppati, flaccidi, il colorito della cute è intensamente pallido come pure quello delle mucose visibili e della lingua. Non si palpano ghiandole degne di rilievo, non vi sono edemi agli arti inferiori, non v'è decubito obbligato. Il polso è piccolo, ipoteso, ritmico (pressione al Pachon massima 100, minima 75, temperatura 36,5-37,9, respiro 20, 22).

Sull'addome si nota la cicatrice laparatomica: non vi sono speciali punti dolenti; non si riscontrano con la palpazione masse o resistenze abnormi, non vi è fiotto liquido nel cavo addominale. L'aia gastrica è normale, il limite inferiore dello stomaco arriva a qualche dito trasverso al disopra dell'ombelicale. Il fegato e la milza sono nei limiti normali.

Nulla d'importante negli organi del respiro.

Il cuore ed i grandi vasi non lasciano notare nulla di anormale. Il primo tono sulla punta è soffiante. Nulla a carico del sistema nervoso e degli organi specifici di senso.

Gli esami praticati in clinica mettevano in evidenza:

Esame radiografico: Rapido svuotamento dello stomaco con perfetto funzionamento del neostoma.

Esame del succo gastrico: Acido cloridrico libero, assente, acidità totale grammi 0,40 ‰, acido lattico assente, sangue assente.

Esame dell'urina: Peso specifico 1020. Di notevole: urobilina presente, indacano in notevole quantità.

Esame sierologico: Wassermann-Sachs-Georgi negative.

Esame del sangue: Corpuscoli rossi 2.200.000, bianchi 5000, emoglobina 50, valore globulare 1,13, rapporto 1:440.

Formula leucocitaria: granulociti neutrofili 60 %, basofili 1 %, eosinofili 2 %, grandi e medii mononuclati 7 %, linfociti 30 %. Si sono notati megaloblasti e numerosi normoblasti ortocromatici: macrociti: intensa anisocitosi e polichilocitosi.

Non s'è potuta praticare la puntura del midollo osseo perchè l'infermo s'è recisamente rifiutato.

La resistenza globulare minima (metodo Viola) era 0,45, la massima 0,30.

La ricerca del sangue occulto nelle feci ha dato sempre esito negativo, così pure per le uova di elminti.

Stabilita la diagnosi di anemia a tipo pernicioso in un resecato, s'è iniziata la dieta di fegato e la somministrazione di acido cloridrico. Sia clinicamente che ematologicamente si ebbe subito un netto miglioramento tanto che il malato volle lasciare la clinica.

Un esame di sangue praticato dieci giorni dopo l'inizio della cura, svelò intensa reazione reticulocitaria ed eosinofilia. I corpuscoli aumentarono a 290.000 o con 5.500 bianchi, l'emoglobina 60, valore globulare 1,03, rapporto 1 : 545.

Il paziente aveva ripreso il suo lavoro non avvertendo più alcun disturbo, ma nel settembre 1931 fece ritorno in clinica. Egli da circa tre mesi aveva abbandonato ogni cura e di nuovo era tornato pallidissimo.

I reperti ematici erano identici a quelli riscontrati al suo primo ingresso in Clinica. La urina presentava urobilina in notevole quantità. Riferì che pochi giorni prima era stato colpito da intensi brividi di freddo, con violenti dolori addominali e l'urina era molto carica (crisi di deglobulizzazione?), nei giorni successivi era divenuto intensamente pallido.

In Clinica si riprese la dieta di fegato ed un'intensa cura ferrugginosa, e di nuovo, dopo poco tempo, sentendosi abbastanza in forze, volle riprendere le sue occupazioni.

Ho seguito fin'oggi il malato e, sebbene sia ancora visibilmente anemico, pure può accudire alle proprie occupazioni. Segue tuttavia cure ferrugginose e prende soluzioni di acido cloridrico.

Il caso riportato, simile a quelli già descritti, se ne differenzia, come innanzi ho detto, solo per il tempo d'insorgenza, perchè mentre negli altri si è avuta la manifestazione ematica dopo diversi anni, in questo l'anemia si è resa evidente dopo pochi mesi dall'atto operatorio.

Anche in questo, come nel caso di Morawitz e quello di Denning, la crasi sanguigna si è risollevata con cura di fegato.

*
* *

Per spiegarsi l'insorgenza dell'anemia a tipo pernicioso dopo resezione gastrica, Henschen emette quattro ipotesi:

1) che il paziente ne fosse già affetto in precedenza;

2) che l'anemia ipocromica del paziente ulceroso si trasformi, dopo la resezione, in perniciosa;

3) che essa s'impianti nei resecati già predisposti;

4) che essa si sviluppi, dopo la resezione, per le modificazioni indotte da questa nelle sezioni più alte del tenue e nello stomaco.

Per la prima ipotesi bisogna ricordare che nella quasi totalità gli AA. son d'accordo sul sintoma « achilia », che precede anche di anni la comparsa della sindrome anemica. Praticamente è quindi difficile ammettere l'insorgenza di un'ulcera gastrica negli achilici (stadio pre-pernicioso).

La seconda ipotesi non trova conferme nelle ricerche già citate di Friedmann, Kamp, Bing, Mairano e Placeo, Mann, Allodi e Griva, i quali tutti avrebbero riscontrato un'iperglobulia negli ulcerosi.

S'integrano a vicenda, invece, la terza e la quarta ipotesi, e cioè che l'anemia perniciosa si manifesti dopo resezione gastrica per le modificazioni indotte da questa nel tubo gastro-enterico, ma in individui già predisposti. Di fatti è noto che molte affezioni possono produrre sindromi perniciosiformi (botriocefalo, gravidanza, cancro dello stomaco, cirrosi epatica, ecc.), ma non in tutti si ha l'insorgenza dell'anemia perniciosa. D'altra parte è stato notato che intere famiglie sono predisposte alla malattia di Addison-Biermer, presentando il sistema eritropoietico inficiato costituzionalmente (macrocitosi) e disturbi della funzionalità gastrica (achilia).

Nei resecati si vengono a creare per l'achilia che si produce, le condizioni più favorevoli alla colonizzazione della flora microbica del tenue e dello stomaco (Sejderhelm, Lehmann, K. Faber, Van Der Reis, Lombardi). Le ricerche di Velo, su 40 resecati mostrano che l'acido cloridrico libero, presente in notevole quantità prima della resezione, dopo di questa è assente, e l'acidità totale, che in alcuni prima raggiungeva il 3 ‰, si riduce poi ad appena gr. 0,18-0,30 ‰.

L'achilia non esercita la sola azione nociva all'organismo per l'invasione batterica del tenue e dello stomaco, ma un'altra ancora più interessante, qual'è quella della mancata azione enzimatica sullo proteine, introdotte con l'alimentazione. Manca quindi l'apporto di quelle sostanze necessarie ad una normale crasi eritropoietica (Castle, Wilkinson, Isaac e Sharp.

Sotto questo punto di vista l'anemia perniciosa si può considerare come una malattia da carenza (costituzionale, nella Addison-Biermer, prodotta o consecutiva nell'anemia agastrica).

RIASSUNTO.

L'A., dopo aver passato in rassegna i rapporti che intercedono tra anemia perniciosa ed anemia agastrica (achilia, invasione batterica della parte alta del tenue, deficiente funzionalità dello stomaco per scindere le proteine, la utilità in entrambe le forme della dieta epatica), descrive un caso studiato in Clinica di anemia agastrica, insorta dopo solo pochi mesi dalla resezione subìta e in un periodo di tempo precoce in rapporto a quanto s'è riscontrato negli altri casi già descritti.

BIBLIOGRAFIA.

ALLODI. Minerva Medica, n. 30, 1930.
ALLODI e GRIVA. Ibid., n. 33, 1930.
BOGENDÖRFER. Zeitschr. f. exp. Med., vol. 41, 1924.
CONNER. Journal Am. Med. Ass., vol 94, 1930.
CROSETTI. Haematologica, n. 5, 1932.
DENNING. Münch. Med. Woch., vol. 105, 1927.
FABER. Berlin. Klin. Woch., n. 21, 1913.
FRIEDMANN. Arch. f Verdauungs-Krankh., v. 19, 1913.
GORDON, TAYLOR, HUNDSM, DODDS, WARNER, WHITTBJ. Brit. Journ. Surg., vol. 16, 1929.
HENSCHEN. Arch. f. Klin. Chir., vol. 162, 1930.
HOCHREIN. Münch. Med. Woch., vol. 92, 1921.
LOMBARDI. Riforma Medica, n. 5, 1928.
MAIRANO e PLACEO. Minerva Medica, n. 28, 1928.
MARTIUS. *Achilia gastrica.* Leipzig, 1897.
MORAWITZ. Archiv. f. Verdauungs-Krankheiten, n. 5 e 6, 1930.
SEJDERHELM, LEHMANN e WICHELS. Kl. Woch., n. 32, 1924.
VAN DER REIS. Arch. f. Verd.-Krankh., vol. 46, 1928.
VELO. Arch. Ital. Mal. App. Digerente, vol. 1, 1932.

SUNTI E RASSEGNE.

PROBLEMI GENERALI.

Le tendenze nosografiche attuali e le nozioni di specificità.

(F. BEZANÇON. *Presse Méd.*, 15 ottobre 1932).

Il concetto della specificità morbosa non deve soltanto essere considerato dal punto di vista scientifico, speculativo: esso interessa in sommo modo la pratica di ogni giorno. Noi infatti vediamo i medicamenti più vari e più disparati proposti per uno stesso caso e vediamo lo stesso medicamento risultare efficace nelle malattie più differenti.

Gli spiriti malevoli non vedranno in questa polimedicazione che incoerenza, mentre in realtà la nostra meraviglia è dovuta alla concezione erronea che ci siamo fatta della nozione di specificità e, da un punto di vista più generale, della nozione di malattia.

Dopo Pasteur la nozione di specificità dominò la patologia infettiva. Fu l'èra della etiologia e dell'etiologia specifica e la ricerca delle cause morbose divenne il problema più importante, non solamente della patologia infettiva, ma di tutta la patologia.

Le reazioni di fissazione, la siero-diagnosi di Widal erano considerate come aventi per base lo sviluppo di anticorpi specifici rispetto ad antigeni essi stessi specifici; in terapia non erano in questione che sieri o vaccini specifici; anche in chemioterapia si cercava il rimedio specifico, l'agente parassitotropo, più che organotropo secondo la concezione Ehrlich, capace di assicurare la *terapia sterilisans magna*.

La scoperta dell'anafilassi per opera di Richet e Portier accrebbe negli spiriti l'importanza della nozione di specificità. Sotto le sue diverse modalità, l'anafilassi si dimostrava rigorosamente specifica; come nella malattia infettiva, si considerava che si trattasse anche per essa di un conflitto di antigene e di anticorpi e che per premunire l'organismo contro lo choc anafilattico era necessario procedere alla desensibilizzazione specifica.

L'introduzione della nozione di anafilassi nella patologia non tardò però a dimostrare la profonda differenza che esiste fra anafilassi sperimentale e l'anafilassi osservata in clinica umana. Ciò ebbe per effetto non solamente di chiarire la patogenesi di malattie come l'asma, l'orticaria, l'eczema, ma ancora di modificare la nostra concezione della malattia infettiva stessa.

Alle preoccupazioni quasi esclusivamente etiologiche di una volta, sono succedute delle preoccupazioni di meccanismo fisiopatologico e di patogenesi. Noi siamo attualmente sotto il dominio della patogenesi. La nozione di causa, per quanto resti importante, passa nonpertanto spesso in secondo piano; noi possiamo farci una rappresentazione della malattia, possiamo anche curarla scientificamente ignorandone la causa.

Noi ci abituiamo a concepire che l'organismo possa reagire allo stesso modo ad agenti relativamente differenti e che per una malattia dovuta ad un germe specifico, le modalità di reazione possano essere differenti nel corso della malattia a misura che la recettività dell'organismo si modifica. In luogo di pensare: malattia specifica, noi pensiamo modalità reazionali specifiche. Mentre prima noi non consideravamo, nella malattia infettiva, che la specificità microbica, il numero dei microbi, la razza, la virulenza del germe, non conoscevamo l'importanza del terreno microbico, cioè delle modificazioni apportante nelle reazioni dell'organismo dall'infezione stessa nel corso della sua evoluzione.

La scoperta del fenomeno di Koch e dell'azione della tubercolina, poi quella dell'anafilassi, infine il posto sempre più importante preso in patologia dalla dottrina dell'allergia di von Pirquet, hanno fatto entrare nella nostra coscienza medica questa nozione: che in seguito ad una prima infezione o alla penetrazione di un'albumina eterogenea, la maniera di reagire dell'organismo rispetto all'agente patogeno si modifica, che si costituisce una nuova condizione di cose per cui in questo momento trovano la loro indicazione metodi terapeutici differenti da quelli che erano indicati durante il primo stadio.

La nozione così feconda di malattia da siero di von Pirquet ci abituava, d'altra parte, ad avere sempre presente allo spirito l'importanza patogenetica delle sostanze proteiche introdotte per via parenterale o anche per via enterale, se le albumine non sono sufficientemente degradate.

La nozione di allergia d'altra parte si estende alle malattie infettive acute. Non soltanto nel corso della malattia cronica si costituirebbe uno stato secondo; un fenomeno simile si osserva nel corso delle malattie acute, come il tifo, la melitense, la blenorragia, ecc. In questi differenti stati morbosi, ad un certo momento si costituirebbe, non una immunità, ma uno stato allergico che spiegherebbe la produzione di certi sintomi della malattia. La vaccinoterapia, per alcuni esperimentatori, avrebbe per effetto in questi casi non di determinare una immunità, ma di esaurire la costituzione dello stato allergico e di rendere possibile lo sviluppo dei fenomeni infiammatori acuti che provocherebbero la guarigione.

Ma la nozione capitale che è la vera scoperta di von Pirquet è quella della allergia cutanea, dimostrata prima per l'infezione tubercolare ed estesa poi ad un gran numero di

stati morbosi infettivi o non. Lo sviluppo di un focolaio infettivo morboso nell'organismo non ha solo delle conseguenze locali ed una influenza sullo stato generale, ma modifica profondamente certi sistemi della pelle e delle mucose e senza dubbio anche di tutto il sistema mesenchimale, in particolare dell'apparecchio articolare.

D'altra parte, come non vi sono lesioni specifiche dipendenti esclusivamente dalla specificità del germe, non vi sono lesioni rigorosamente specifiche dipendenti dalla modalità reazionale particolare dell'organismo. Il carattere della lesione è in realtà il risultato di giochi diversi di combinazione, del numero, della virulenza dei germi e del grado di recettività, di allergia o di immunità relativo dell'organo.

Se la reazione nodulare dà fino ad un certo punto un certo carattere di specificità al germe patogeno in causa e se vi sono alcune differenze fra un follicolo tubercolare, un nodulo tubercoloide della sifilide ed un nodulo di Aschoff, l'infiammazione iperergica per sè stessa non ha alcun carattere di specificità; essa dipende soltanto dalle condizioni di ipereccitabilità che possiede il tessuto mesenchimale che le ha permesso di reagire con la modalità infiammatoria acuta. La specificità non esiste qui che nella qualità della sostanza scatenante.

E bisogna portare ancora a questa affermazione una certa restrizione. Tutta una serie di esperienze hanno dimostrato che i tubercolosi non sono soltanto sensibili alla tubercolina, ma a numerose altre sostanze. Queste ricerche tendono a diminuire l'importanza del fattore specificità della causa scatenante a profitto del fattore recettività dell'organismo. Così, per esempio, si può osservare una cutireazione positiva con estratti di culture di bac. coli.

Al lume delle nozioni recenti non è dunque da meravigliarsi che uno stesso medicamento, come la proteinoterapia per esempio, possa essere utile tanto negli stati infettivi che nell'asma, nell'orticaria, nell'eczema. Tutto diviene chiaro e fino ad un certo punto logico e scientifico, se si sanno vedere i punti di contatto che possono esistere fra gli stati infettivi e quelli che al tempo di Trousseau si chiamavano gli stati diatesici, cioè la natura proteinica di molti dei sintomi sviluppantisi nel corso della malattia infettiva, l'esistenza in certi stati infettivi, come nell'asma, di uno stato allergico il quale fa sì che l'organismo sia suscettibile di reagire a dosi infinitesimali, ecc., ecc.

Gli studi delle malattie infettive e delle mamalattie dette anafilattiche si sono ingranati fra loro in modo tale che ogni progresso compiuto in uno dei campi ha avuto la sua ripercussione sull'altro. Quando si riconobbe che l'asma, l'eczema, l'orticaria rientrano per una certa parte nel quadro degli stati anafilattici, si ebbero in questo campo, come in patologia infettiva, delle preoccupazioni esclusivamente etiologiche e specifiche. La dottrina degli allergeni e degli allergeni specifici resta la dottrina dominante; la determinazione della causa specifica e successivamente la sua soppressione o la desensibilizzazione specifica sono ancora la grande preoccupazione dei terapisti.

In Francia si dà invece il massimo valore al meccanismo fisiopatologico, alla patogenesi. Pur riconoscendo che in un certo numero di casi vi è all'origine una sensibilizzazione specifica, si dà un valore mediocre alle cutireazioni e si arriva a concludere, a causa della banalità e del gran numero degli allergeni, che la dominante morbosa è qui la sensibilità reazionale del soggetto; si ammette che non diviene asmatico e eczematoso chi vuole: occorre una predisposizione costituzionale, ereditaria o acquisita.

Ma, per importante che sia questo stato di recettività, non bisogna perdere di vista l'insegnamento che ci apporta lo studio dell'allergia nelle malattie infettive: la persistenza dello stato allergico finchè sussiste il focolaio locale, la sua scomparsa contemporanea alla guarigione del focolaio. Noi dobbiamo considerare tutte queste malattie come malattie da sensibilizzazione e ricercare tutte le cause della sensibilizzazione, non soltanto generale ma anche locale.

Quanto all'importanza dell'allergia nell'asma, come nelle malattie similari, bisogna evitare di spiegare tutto con la nozione troppo semplicista dell'allergia e di attribuire troppa importanza alla sensibilizzazione specifica, ma bisogna anche evitare di misconoscere la parte di verità che comporta questa nozione e dimenticare di ricercare le cause di sensibilizzazione locale che possono mantenere lo stato allergico.

Se in luogo di vedere nella malattia infettiva, come negli stati detti di sensibilizzazione, una entità con una specificità stretta, e quindi con una terapeutica specifica, la si considera una modalità reazionale o piuttosto una successione di modalità reazionali, se si ricorda d'altra parte che i sistemi non possono presentare che un piccolo numero di tipi reazionali o lesionali, se si ricorda ancora che un gran numero di sintomi sono di ordine proteico e sono il risultato di reazioni molto banali del sistema vasculo-simpatico, si comprende che in terapia vi è raramente posto per una terapeutica rigorosamente specifica, ma piuttosto per grandi medicazioni, come la medicazione di desensibilizzazione peptonica, di bloccaggio del sistema reticolo-endoteliale, ecc. e che quando intervengono la vaccinazione, la sieroterapia o la chemioterapia dette specifiche, non è per azione diretta sul parassita che agisce il medicamento, ma suscitando le reazioni di difesa dell'organismo.

C. TOSCANO.

La diatesi e le variazioni delle malattie nell'uomo.

(J. A. RYLE. *The Practitioner*, ottobre 1932).

L'A. osserva che fino a non molti anni or sono lo studio della costituzione come fattore di morbosità è stato trascurato dai medici. E ciò specialmente per il grande sviluppo della batteriologia, che ha concentrato l'attenzione sulle cause esterne della malattia ed il perfezionamento dei metodi biochimici ed istologici, per cui si è attribuita la massima importanza ai processi intimi ed agli effetti della malattia.

È bensì vero che i medici non hanno mai trascurato di interessarsi dell'anamnesi famigliare e che la genetica di alcune rare malattie è stata utilmente studiata; ma scarso era l'interesse ai problemi della predisposizione e dell'immunità costituzionali, mentre tutta la dottrina della diatesi era trascurata.

Solo da poco tempo si è avvivato l'interesse per lo studio di quelle differenze fra uomo ed uomo, che sono connesse od hanno qualche parte con la predisposizione o l'immunità verso certe malattie. La medicina deve molto alla genetica e questa, dal suo canto, è molto tributaria della medicina e nel futuro si vedrà una più stretta cooperazione fra gli studiosi di genetica e quelli di fisio- patologia. L'A. si domanda se dai fisiologi non sia da aspettarsi una più viva attenzione rivolta ai problemi della fisiologia individuale riconoscendo il fatto che per nessuna particolare struttura o funzione è possibile lo stabilire un modello assoluto di normalità; si tratta talvolta di variazioni dalla media che, pure essendo minime, sono della massima importanza perchè servono a segnare il destino dell'individuo nei suoi conflitti con le avversità naturali.

I caratteri morbosi sono trasmissibili di generazione in generazione con le stesse leggi che governano la trasmissione dei caratteri favorevoli o neutrali. Possono concernere la struttura, le funzioni e le disposizioni; tale differenziazione, però, è forse più apparente che reale, in quanto che delle funzioni morbose ereditate, come la discromatopsia e l'emofilia dipendono probabilmente da minime differenze di strutture cellulari o molecolari e la disposizione morbosa, o diatesi, può costituire una funzione od una reazione diverse dal consueto o variabili, in presenza di uno stimolo ambientale.

Il labbro leporino, le dita soprannumerarie e l'acondroplasia sono esempi di difetti strutturali ereditari. La discromatopsia e l'emofilia sono esempi di difetti fisiologici ereditari. Tutti sono presenti alla nascita e, se non sono emendabili chirurgicamente, persistono per tutta la vita. La disposizione morbosa comprende quelle particolarità dei tessuti o della risposta di questi, per cui un individuo, sano alla nascita, ha una scarsa immunità verso il bacillo tubercolare od altri, oppure una tendenza, specialmente nella vita adulta ed in presenza di date influenze ambientali od abituali, verso malattie come la gotta, l'asma, l'emicrania, l'epilessia, l'iperpiesi, l'ulcera duodenale e la anemia perniciosa. L'A. si occupa qui soltanto della disposizione morbosa o diatesi.

COSTITUZIONE E DIATESI.

Si intende per *costituzione* la somma delle qualità congenite anatomiche, psicologiche ed immunologiche di cui l'individuo è composto o dotato dal plasma germinativo parentale. Il concetto di *malattia costituzionale* non è, quindi, opposto a quello di malattia locale, ma connesso con le particolarità di costituzione o le qualità del plasma germinativo.

La *diatesi* è definita come la predisposizione naturale o congenita verso una speciale malattia, ovvero come la condizione di prolungata disposizione verso una data forma di malattia; al termine di diatesi, si aggiunge quello della malattia per cui esiste la disposizione.

La diatesi va considerata come una variazione nella struttura o nella funzione dei tessuti che li rende particolarmente disposti a reagire in un certo modo a dati stimoli esterni. Al pari di tutte le vere variazioni (e l'A. richiama qui le teorie di Darwin), la diatesi è trasmissibile come le variazioni favorevoli, quali la longevità, la costituzione atletica e l'elevata intellettualità. Come vi sono variazioni di statura al disopra od al disotto della media, vi possono essere variazioni della resistenza alla tubercolosi o dal potere medio di metabolizzare od eliminare l'acido urico; nei casi estremi, troveremo la speciale resistenza (o suscettibilità) alle malattie in questione.

E, più anormale è un individuo entro i limiti della salute ed in rapporto a date malattie, più prontamente egli, in date circostanze, cadrà in un particolare stato di malattia.

Si deve tener presente che costituzione e diatesi non sono affatto termini permutabili; piuttosto, la diatesi costituisce una parte od una caratteristica della costituzione. I medici hanno sempre riconosciuta l'associazione di certe malattie con determinati tipi fisici o temperamentali ovvero con determinate particolarità di struttura o di colorazione. Questi tratti sono pure una parte od una caratteristica della costituzione; la loro presenza può aiutare a riconoscere la diatesi, ma in generale, non la spiegano. Così gli individui a capelli e colorito bruno sono più predisposti alla costipazione ed ai disturbi addominali, gli individui con occhi azzurri o grigi sono soggetti a malattie cutanee, specialmente psoriasi, ma il fatto di avere

i capelli neri o gli occhi azzurri non spiega tali tendenze.

Perchè una malattia vada classificata come costituzionale, sono necessari i seguenti postulati: 1) risultare con frequenza un'anamnesi familiare della malattia; 2) associazione frequente con determinate particolarità fisiche, fisiologiche o psicologiche (variazioni correlative); 3) presenza nello stato di salute di particolarità di struttura o di funzioni capaci di spiegare la predisposizione.

Esiste un fattore costituzionale in varie malattie, come: tubercolosi, febbre reumatica, scarlattina, difterite, ulcera duodenale, visceroptosi, iperpiesi, angina pectoris, gotta, asma, emicrania, epilessia, anemia perniciosa. Per alcune di esse, vi è una maggiore o minore immunità (o predisposizione) in certe famiglie o razze; per altre, vi è una tendenza al passaggio della predisposizione attraverso le generazioni; per alcune si aggiunge la coesistenza di variazioni correlative (colorito, temperamento, costituzione fisica) e per poche si possono indicare delle varianti anatomiche o fisiologiche che possono spiegare, almeno in parte la particolare predisposizione.

L'A. studia poi due malattie che rispondono ai postulati sopra accennati.

LA DIATESI DELL'ULCERA.

Con le analisi frazionate del contenuto gastrico di 100 individui normali, l'A. ha stabilito la curva normale di tale acidità che si aveva nell'80 % dei casi; negli altri, si avevano valori che potevano essere considerati come patologici, alcuni avevano anzi il tipo ascensionale ipercloridrico, che è generalmente associato con l'ulcera duodenale.

Ora, l'ipercloridria nell'ulcera duodenale non soltanto si trova nella grande maggioranza dei casi (70-80 %), ma è costante nell'individuo ed in tutti i tempi, sia l'ulcera in stato attivo o quiescente. Anche negli esperimenti su animali, l'ulcera può essere mantenuta, mediante un'ipercloridria artificiale.

L'idea, quindi, che l'ipercloridria, come variazione innata, sia un fattore predisponente alla genesi od alla perpetuazione dell'ulcera duodenale appare un'ipotesi ragionevole. E ciò anche per quanto riguarda l'anamnesi familiare, che l'A. ha trovata positiva nel 10 % dei casi; in un caso, ne erano affetti il padre, due zii ed un cugino del paziente, in un altro, tre fratelli e così via. Se si pensa al fatto che raramente in passato l'ulcera duodenale è stata riconosciuta come causa di dispepsia ed anche alle frequenti diagnosi errate attuali, nonchè alla difficoltà di raccogliere le notizie anamnestiche lontane, apparirà probabile che la frequenza dell'anamnesi positiva deve essere ben maggiore del 10 %.

Per quanto riguarda le variazioni correlative, noi troviamo che gli individui colpiti da ulcera duodenale hanno un determinato tipo fisico e psichico, svelto muscolare, energico e spesso robusto, con tendenza ad un'attività irrequieta e coscienziosa, con disposizione ansiosa. Radiologicamente, lo stomaco si presenta del tipo a corno di bue, attivo e che si svuota rapidamente. Pure ammettendo che le influenze esterne e le abitudini costituiscano dei fattori addizionali o determinanti, è lecito il ritenere che l'ipercloridria innata, insieme con le altre varianti fisiche e psichiche costituiscano uno scostamento dalla media delle funzioni fisiologiche, che predispone alla malattia.

LA DIATESI DELL'ANEMIA PERNICIOSA.

Nella serie dei 100 individui normali, in cui l'A. ha studiata l'acidità del contenuto gastrico, se ne sono trovati quattro, in cui mancava completamente ogni secrezione di acido cloridrico. Ora, Hurst ha dimostrato che un buon numero di casi di anemia perniciosa sono conseguenza di un'achilia congenita o costituzionale; l'achilia è quasi costante in tale malattia ed è ora generalmente accettata come un fattore eziologico essenziale. L'anemia perniciosa può anche complicare l'achilia artificiale della gastrectomia.

A sostegno della sua tesi, Hurst porta i fatti seguenti: 1) l'achilia si trova soltanto in piccola proporzione degli individui sani; 2) essa si osserva frequentemente nelle famiglie con anemia perniciosa; 3) vi sono esempi di anemia perniciosa in due o più membri o generazioni di una data famiglia.

Vi sono, inoltre, alcune variazioni correlative che aggiungono evidenza all'ipotesi costituzionale in casi di anemia perniciosa. Secondo Addison, questa si osserva specialmente in individui grandi e grossi con notevole tendenza alla formazione di grasso; Draper, mediante studi antropometrici, ha dimostrato in questa malattia la prevalenza di un torace largo e corto.

In due condizioni affatto diverse, noi troviamo dunque un sostegno all'idea della predisposizione costituzionale nell'anamnesi familiare nell'associazione con certe variazioni correlative, che indicano un « tipo », pur senza che questo spieghi la predisposizione e, finalmente, nelle notevoli variazioni biochimiche. Se fosse possibile riconoscere per altre funzioni del corpo il grado di variabilità come per l'acidità gastrica, si troverebbero anche per altre malattie degli estremi che corrispondono all'aumento od alla diminuzione di predisposizione.

Così, forse potrebbe accadere per il ricambio purinico se noi potessimo dosarlo con precisione, prevedendo la predisposizione o meno alla gotta; può darsi che un giorno si ar-

rivi anche a determinare la suscettibilità alla tubercolosi, come oggi, con le prove di Schick o di Dick determiniamo la suscettibilità alla difterite ed alla scarlattina.

Anche l'idiosincrasia agli alimenti od ai medicamenti, qualunque ne sia la base fisiologica, rientra nella stessa categoria della diatesi. E, d'altra parte, le variazioni nel « bagaglio » psichico personale hanno grande importanza per determinare il grado di predisposizione alle comuni neurosi e psicosi.

Lo studio della costituzione e della diatesi è del massimo interesse e di grande valore pratico. Noi dobbiamo osservare accuratamente il temperamento, le particolarità e le reazioni individuali dei nostri pazienti e dei loro stretti parenti se vogliamo mantenere un giusto equilibrio nella diagnosi, nella prognosi e nella terapia. Pure ammettendo, specialmente per le forme croniche, il contributo eziologico del sesso, delle occupazioni, dell'ambiente, delle infezioni, non possiamo trascurare il valido contributo delle tendenze ereditarie. Ed una seria scienza medica troverà migliori inspirazioni nell'Origine delle specie di Darwin che in un testo moderno di batteriologia. La fisiologia potrà aiutarci nell'organizzare le ricerche su tutto il problema della variabilità umana; pochi problemi presentano migliori prospettive che la collaborazione tra fisiologo e medico; il migliore oggetto di studio dell'umanità, nello stato di salute come in quello di malattia è sempre l'uomo. *fil.*

Patologia clinica e medicina.

(*The Journ. of the Americ. Medic. Associat.*, 22 ottobre 1932).

I laboratori clinici hanno preso enorme sviluppo in quest'ultimi anni coll'aumento notevole dei mezzi di indagine sia nel campo chimico e microscopico che in quello radiologico e non soltanto fanno parte integrale dei servizi ospedalieri, ma oggi sono anche largamente diffusi come laboratori privati, gestiti da specialisti.

Ci sono anche oltre 200 periodici che si occupano unicamente di ricerche di laboratorio applicate alla clinica e tutte le riviste pubblicano spesso articoli su queste ricerche.

Naturalmente l'organizzazione di un laboratorio di ricerche cliniche ha avuto un indirizzo anche commerciale e per questo il Consiglio dell'Educazione Medica e degli Ospedali negli Stati Uniti, ha deciso di concedere l'autorizzazione a gestire un laboratorio clinico solo a medici riconosciuti idonei.

La ricerca in laboratorio clinico, ha un notevole interesse per il medico, perchè non solo lo informa delle varie fasi di una malattia ma anche lo stimola alla ricerca scientifica.

R. LUSENA.

ENDOCRINOLOGIA.

Su alcuni rari disturbi endocrini.

(E. KRAUSS. *Die Med. Welt*, 9 aprile 1932).

La scoperta dell'insulina ci ha portato non solo la possibilità di una efficace lotta contro il diabete, bensì, anche alla conoscenza di un nuovo quadro morboso: l'iperinsulinismo.

Gli adenomi e le iperplasie delle isole di Langerhans erano già conosciute da 15 anni a questa parte; le cellule tumorali, che sono in gran parte da porre fra i carcinomi ed in piccola parte fra gli adenomi, fabbricano dell'insulina e provocano una iperproduzione di questo ormone, che viene così immesso in quantità superiore alla normale nell'organismo.

Ma il quadro sintomatologico di una ipoglicemia spontanea si è chiarito e delineato solo in questi ultimi anni: in questi casi l'iperproduzione di insulina è dovuta semplicemente ad una pura ipertrofia dalle isole del Langerhans: la resezione parziale del pancreas, praticata in questi casi può portare alla guarigione, ma non tutti gli AA. si trovano d'accordo su questo punto.

L'iperinsulinismo si manifesta con tipici attacchi ipoglicemici del tutto simili a quelli provocati da iniezione di insulina e cioè debolezza, ansia, senso di fame; sensazione di calore, tremori, sudorazione abbondante; vertigini, diplopia, crampi muscolari, trisma, perdita di conoscenza e coma.

Il manifestarsi degli attacchi è favorito da tutte quelle cause che comportino un consumo di grandi masse di carboidrati, e principalmente il lungo digiuno o il forte lavoro fisico.

La somiglianza dell'attacco ipoglicemico con l'attacco epilettico è in alcuni casi così grande, che la giusta diagnosi può essere solo fatta molto tardi.

Un buon criterio diagnostico può essere considerato il senso di fame che ha il paziente, quando abbia superato l'attacco.

Se è possibile fare l'esame della glicemia durante l'attacco la diagnosi si presenta assai facile. Nell'attacco ipoglicemico lo zucchero sanguigno raggiunge spesso valori di 50 %: il valore più basso che finora sia stato osservato fu di 20 %; in tali casi si può dire che siano presenti nel sangue solo tracce di glucosio. Ma vi sono dei casi in cui si trova un tasso glicemico dell'80 e 90 %; in tali casi il decorso della curva glicemica in seguito a somministrazione di destrosio rivela la presenza del disturbo del ricambio.

In sostanza il disturbo fondamentale che l'iperinsulinismo provoca consiste essenzialmente in una sproporzione fra la quantità fortemente aumentata di carboidrati che l'organi-

smo brucia e la quantità di glicogeno che può essere trasformata in zucchero.

Essendo questa la natura del disturbo, è logico che la migliore maniera di curare la ipoglicemia spontanea sia quella di somministrare carboidrati; sotto qualunque forma essi siano: del resto il paziente stesso si accorge che, mangiando del pane o bevendo dell'acqua zuccherata, gli accessi possono essere evitati.

Così come l'insulina nell'organismo normale provoca un abbassamento del tasso glicemico, l'adrenalina, iniettata sotto cute, provoca un innalzamento della glicemia: questa azione pare non sia dovuta soltanto ad azione diretta dell'adrenalina sulla ghiandola surrenale, bensì anche ad una azione inibente di essa sull'apparato insulare. Del resto nell'iperinsulinismo la ghiandola surrenale si dimostra spesso insufficiente e la somministrazione continuata di piccole dosi di adrenalina può portare alla scomparsa del quadro morboso ipoglicemico.

Queste intime relazioni, se pur antagoniste, fra apparato insulare e apparato surrenale ci fanno comprendere come in casi di iposurrenalismo si abbia spesso una iperfunzione dell'apparato insulare e come lesioni dei surreni possono condurre ad un quadro di iperinsulinismo secondario. Ma questa non è la regola: il quadro clinico della insufficienza surrenale quale si presenta spesso nel morbo di Addison, si lascia nettamente differenziare dall'iperinsulinismo.

Prescindendo dai casi acuti basta pensare ai vari sintomi caratteristici dell'Addison: pigmentazione della cute e mucose, debolezza muscolare, disturbi intestinali a crisi, cefalea, diarrea, disidratazione.

Particolarmente importante per la diagnosi differenziale è il comportamento del circolo: nell'iperinsulinismo primitivo si hanno valori normali della pressione sanguigna: nell'Addison i valori sono di molto abbassati.

I disturbi nervosi che accompagnano il morbo di Addison sono di molto simili a quelli dell'iperinsulinismo primitivo: convulsioni e crampi muscolari, disturbi della coscienza e coma.

Nell'Addison però il tono glicemico non raggiunge mai valori così bassi come nell'iperinsulinismo primario. G. LA CAVA.

L'attivazione dell'insulina.

(H. P. HIMSWORTH. *The Lancet*, 29 ott. 1932).

L'osservazione che l'insulina faccia ritenere nell'organismo una data quantità di carboidrati fu fatta in animali spancreatizzati, ma altrimenti sani. Nell'uomo diabetico si vede che l'insulina è variamente efficace da caso a caso e nello stesso malato anche da ora ad ora. Così, p. es., un diabetico che prende tre pasti al giorno, dà minore risposta all'iniezione di insulina se questa è fatta prima del pasto della mattina, come pure un diabetico che abbia una malattia intercorrente, ha bisogno di più insulina per mantenersi aglicosurico. Ci sono poi dei diabetici che, usando l'insulina da molto tempo, hanno bisogno di crescere la dose per averne gli stessi risultati.

Nelle curve della glicemia arteriosa e venosa si vedono delle variazioni che fanno pensare che o ci sono delle variazioni nella secrezione dell'insulina che è secreta a sbalzi oppure è secreta continuamente ma non diventa attiva che dopo aver raggiunto una data concentrazione.

L'Himsworth ritiene che l'insulina secreta dal pancreas sia inattiva e che diventi attiva solo se attivata da una sostanza ignota che propone di chiamare insulina-chinasi. Questa ipotesi spiegherebbe perchè anche negli animali per alcune ore dopo l'iniezione di insulina un'iniezione successiva può essere scarsamente efficace. Negli animali con alterazioni epatiche per avvelenamento da cloroformio c'è una notevole tolleranza ad alte dosi di insulina unite a glucosio per bocca. Nei diabetici insulino-resistenti ci sono spesso alterazioni epatiche.

L'A. ritiene che l'insulina-chinasi sia prodotta dal fegato e, per aver osservato un caso di resistenza progressiva all'insulina con fegato alterato, ma con pancreas integro, egli si domanda che importanza abbia il fegato nella genesi del diabete mellito. Certamente l'alimentazione con grassi limita la produzione dell'insulina-chinasi. Può perciò l'obesità avere importanza nella genesi del diabete. I disturbi addominali e anche il coma diabetico possono dipendere da disfunzione epatica? È possibile preparare dal fegato sostanze che permettano una migliore utilizzazione dell'insulina?

Di questi problemi si sta occupando più dettagliatamente l'A., che promette di rendere noti i risultati delle sue ricerche.

R. LUSENA.

Tentativi di cura del diabete per via orale con sostanze vegetali simili all'insulina.

(O. HARTLEB. *Münch. Med. Woch.*, n, 25. 1932).

Secondo gli AA. le sostanze che esercitano sul ricambio degli idrati di carbonio una azione analoga a quella dell'insulina, sono state isolate da molti vegetali (lattuga, ghiande, castagne, erba, lievito, grano, cavolo, spinaci, ortica ecc.). Fin da tempi remoti si usava per la cura del diabete il decotto di buccie di fagiolo. La sostanza attiva estratta, il « Faseolan », preso per via orale non modifica affatto la curva glicemica a digiuno, nei non diabetici; essa

non modifica nemmeno l'iperglicemia alimentare da ingestione di pane o destrosio. Invece nei casi lievi di diabete, la sostanza estratta dal fagiolo diminuisce la glicemia a digiuno e la iperglicemia alimentare da pane o destrosio. La sostanza non è affatto tossica, infatti dosi 10 volte superiori alla terapeutica, non determinano alcun sintomo tossico nè nei diabetici nè nei non diabetici. Esami del bilancio dimostrarono che la sostanza estratta dal fagiolo migliora il ricambio degli idrati di carbonio, però soltanto nei casi di diabete leggero.

POLLITZER.

L'avvenire e il significato della chirurgia delle paratiroidi.

(RENÉ LÉRICHE. *La Presse Médicale*, 20 luglio 1932).

Numerose osservazioni fatte in questi ultimi due anni fanno prevedere che la chirurgia delle paratiroidi prenderà un notevole sviluppo oltre che per la cura della malattia ossea di Recklinghausen, forse anche di certe poliartriti anchilosanti, della sclerodermia, dei cheloidi cicatriziali, ecc.

Alcuni esempi che l'A. riporta dimostrano infatti che la soppressione funzionale di una paratiroide in uno sclerodermico inveterato con ipercalcemia, ha come effetto una sorprendente e rapidissima normalizzazione sia del trofismo che dell'irrorazione sanguigna delle parti lese oltre alla diminuzione dell'ipercalcemia: i risultati immediati e meravigliosi che si ottengono dopo tale intervento dimostrano che tra paratiroidi, sistema vasomotore, equilibrio calcico tissulare, e nutrizione tegumentaria esistono rapporti molto stretti. Risultati altrettanto rapidi l'A. ottiene in un individuo con ipercalcemia, portatore di un cheloide cicatriziale recidivante: nello spazio di qualche ora, in seguito alla paratiroidectomia, la cicatrice ipertrofica si appiana, si riduce di volume e la calcemia si abbassa!

Un uomo di 40 anni, con la colonna vertebrale anchilosata in guisa tale da non permettere che qualche movimento di rotazione e flessione della testa, con le articolazioni delle ginocchia, dei polsi dei piedi e di un'anca o anatomicamente saldate o funzionalmente soppresse, con una calcemia aumentata, subisce l'ablazione della paratiroide inferiore destra. Dalla sera stessa egli dice di non aver più dolori e il giorno seguente egli può sedersi sul letto, muovere la mano e le dita che 24 h. prima non si potevano toccare senza destar dolore, flettere ad angolo retto un ginocchio, il giorno prima completamente rigido e immobile. Tutte le articolazioni che non erano anatomicamente fuse avevano ritrovato la possibilità di movimento senza dolore. La calcemia si riduce a proporzioni normali. Più tardi però si ha ricaduta clinica di tutta la sintomatologia.

A parte il risultato terapeutico, insufficiente nella sua durata, i fatti constatati dimostrano che una calcemia normale è necessaria al funzionamento soddisfacente dell'apparato sensitivo delle articolazioni, fatto del resto constatato anche nel morbo di Recklinghausen ove pure la paratiroidectomia fa scomparire i dolori.

Interessanti considerazioni può fare Lériche in base ai fatti rilevati in un caso di osteosi fibrocistica (mal. di Recklinghausen) con ipercalcemia e ipercalciuria: nell'intervento sulle paratiroidi del paziente non riesce a scoprire l'adenoma che generalmente si ammette come specifico di questa malattia, ed emette l'ipotesi che l'ipertrofia delle paratiroidi (non già adenoma) possa esser secondaria alla mobilizzazione calcica.

Alcuni dati sperimentali potrebbero appoggiare questa idea: se per lungo tempo si deriva all'esterno la bile di un cane, questo diviene osteomalacico e all'autopsia si trovano le paratiroidi ipertrofiche; questa constatazione, in condizioni sperimentali simili, aveva già fatto Dietrich, e Loewy pensa che la perdita della bile provochi un disturbo del metabolismo calcico, in seguito al quale le paratiroidi si ipertrofizzano.

Comunque, dalle osservazioni riferite vediamo che in tutti questi stati patologici esiste ipercalcemia e in tutti l'ablazione delle paratiroidi raggiunge effetti sorprendentemente benefici pur trattandosi di condizioni patologiche assai diverse e spesso antinomiche: qui una rarefazione ossea areolare con trasformazione fibrosa del connettivo haversiano (m. di Recklinghausen); là delle anchilosi multiple con dolori periosteali; qui una atrofia del connettivo sottocutaneo con riduzione della circolazione sanguigna e atrofia della pelle (sclerodermia); là una neoformazione connettiva esuberante molto vascolarizzata come il cheloide.

Sembra davvero impossibile di poter dare una spiegazione univoca, attraverso l'iperparatiroidismo, di fenomeni apparentemente tanto diversi, ma la patogenesi diventerà più chiara se si pensa che tutte le azioni patologiche esercitate dall'iperparatiroidismo si svolgono in realtà in seno a tessuti connettivi a cui anche lo scheletro appartiene benchè impregnato di sali minerali e specialmente di calcio.

L'ormone paratiroideo agisce evidentemente mobilizzando il calcio fissato, ma è noto che oltre che dall'azione ormonica il ricambio calcico delle ossa è influenzato dall'attività circolatoria: l'iperemia provoca rarefazione ossea. Sembra che anche attraverso questo secondo meccanismo agisca l'ormone paratiroideo e per tale fatto è giustificata l'identità di

reazione e di risultati che si possono ottenere dopo la paratiroidectomia e dopo la simpatectomia periferica. L'uno o l'altro di questi interventi applicati in certe malattie osteoarticolari o nella sclerodermia possono portare a medesimi effetti benefici, e poichè la simpatectomia agisce prevalentemente attraverso l'iperemia attiva, è evidente che tra il modo d'azione dell'ormone paratiroideo e la ricchezza della circolazione locale deve esistere un legame. E. ANTONIAZZI

TISIOLOGIA.

Le emottisi tubercolari e la loro cura.

(E. PONTIGGIA e G. VASCELLARI. *Riv. di Pat. e Clin. della Tubercolosi*, 31 ottobre 1932).

Gli AA. propongono una classificazione delle prime emottisi basata su criteri clinici. Essi distinguono 4 gruppi di emottisi.

1) *Emottisi con periodo premottoico e periodo postmottoico.* Le emottisi di questo gruppo sono precedute di solito dai sintomi che accompagnano l'estendersi del processo infiltrativo polmonare (dispepsia, astenia, dimagramento, sudori notturni, aumento della tosse e della febbre, abbassamento della pressione arteriosa, ecc.). Questo peggioramento sintomatologico persiste e progredisce anche dopo l'emottisi, anche se intervengono, sebbene con scarsa efficacia, fattori di difesa dell'organismo o mezzi terapeutici.

2) *Emottisi senza periodo premottoico, ma con periodo postemottoico.* A questo gruppo appartengono quelle emottisi che compaiono bruscamente in individui i quali fino allora erano in condizioni di relativo benessere oppure non presentavano manifestazioni rilevabili obiettivamente. La comparsa della prima emottisi provoca l'insorgere di una crisi evolutiva. In questi casi si ha, durante la emottisi, nei singoli distretti bronco-alveolari, l'esistenza di focolai di aspirazione di sangue puro oppure di focolaio di aspirazione di sangue commisto a sostanza caseosa. Nel primo caso la prognosi è benigna, nel secondo maligna. La prognosi può essere maligna, indipendentemente dalla qualità di materiale aspirato, per il ripetersi dell'emottisi, che conducono alla cachessia.

3) *Emottisi con periodo premottoico senza periodo postemottoico.* In questo gruppo gli AA. comprendono quelle emottisi che, essendo precedute da un periodo premottoico, talora evidente, talora poco manifesto, non sono seguite da un periodo postemottoico, o perchè la terapia instaurata all'atto dell'emottisi ha valso, non solo a stroncarla, ma anche ad arrestare l'evoluzione della forma clinica; o perchè l'emottisi fu così imponente da condurre a morte l'ammalato per sincope o per asfissia. A questo gruppo si possono anche ascrivere quelle rarissime emottisi che, pur essendo precedute da un periodo premottoico, permettono all'ammalato di riprendersi anche senza una terapia adeguata.

4) *Emottisi senza periodo pre- e post-emottoico.* Appartengono a questa categoria quelle emottisi che sopraggiungono di improvviso, senza periodo di premottisi, ma che, per essere causate dalla rottuura di un grosso ramo arterioso sono subito causa di morte. Appartengono a questo gruppo anche le emottisi improvvise non abbondanti, che lasciano immutate le condizioni generali dell'ammalato o solamente modificano la sua emotività.

L'emottisi, quando sia stata unica o sia comparsa a lunghi intervalli di tempo, avrà una prognosi favorevole, perchè la sua comparsa deve essere considerata non come segno di un periodo evolutivo, bensì come una fase di un processo ad andamento cronico.

La cura delle emottisi tubercolari è un quesito di tisioterapia che ha ancora da trovare la sua completa soluzione. Malgrado e forse a cagione del gran numero di lavori contraddittorii pubblicati sull'argomento e dei rimedi continuamente escogitati, talora con grossolano empirismo, regna una discreta confusione che può ingenerare scetticismo. Secondo gli AA. la ragione principale di questo stato di incertezza sta nel fatto che non tutte le emottisi sono paragonabili fra di loro; e non può esistere una terapia specifica di un sintomo, le cui cause sono molteplici.

La cura quindi varierà a seconda della gravità delle lesioni e delle condizioni proprie di ogni ammalato. Da ciò deriva una ragione di opportunità della classificazione proposta dagli AA.

Molte volte può bastare la semplice igiene: riposo generale, moderazione della tosse, ritorno alla calma fisica e morale, dieta.

Sulle emottisi da congestione attiva, che sogliono accompagnarsi con eretismo vascolare e con ipertensione, esercitano una benefica influenza i vasodilatatori, ipotensori, associati alla igiene e alle cure adiuvanti generali.

Nelle emottisi da congestione passiva, solitamente accompagnate da astenia vascolare ed ipotensione, trovano migliore indicazione i vasocostrittori. Infine, nelle emottisi da ulcerazione vascolare, ribelli ai comuni mezzi terapeutici, l'arma più sicura risultò agli AA essere il pneumotorace artificiale. Infatti con questo solo mezzo si può realizzare la retrazione polmonare ed in conseguenza la compressione diretta del vaso sanguinante. Un altro non disprezzabile vantaggio offerto dal pnx emostatico è quello di avere un'azione anche curativa, cosa che nessun altro presidio terapeutico amtiemottoico può darci. Efficaci sono anche le iniezioni endotracheali di adrenalina associata a zimema e coaguleno.

Queste prescrizioni devono naturalmente accompagnarsi alle cure medicamentose capaci di aumentare la coagulabilità del sangue ed alle cure sussidiarie, igienico-dietetiche e di ordine generale, fra le quali gli AA. hanno trovato di particolare efficacia le fasciature immobilizzanti e la legatura alle radici degli arti.

C. TOSCANO.

Sul pneumotorace controlaterale primario.

(M. ASCOLI e M. LUCACER, *Riforma Medica*, 6 agosto 1932).

Il principio dottrinale sul quale riposa il procedimento del penumotorace controlaterale primario (pn. c. p.) è quello dell'effetto controlaterale di un pneumo ipotensivo, effetto che si traduce con l'abbassamento della tensione elastica del polmone, cioè della posizione respiratoria media di Bohr. Per la minor distensione che il polmone ammalato subisce nell'acme respiratoria ed il minor stiramento della trama polmonare che ne deriva, viene ad essere risparmiata la parte più dannosa del trauma inspiratorio (effetto Morelli) causa prima della trasformazione della tubercolosi in tisi.

Il pn. c. p. trova la sua indicazione nei casi con lesioni monolaterali, nei quali la sinfisi pleurica (parziale o totale) rende impossibile un pneumo omolaterale e nei quali una plastica è controindicata per insufficiente adattabilità funzionale circolatoria e respiratoria, ed una exeresi del frenico è risultata poco efficace. Le forme più favorevolmente e rapidamente influenzate dal pn. c. p. sono rappresentate da quelle recenti a carattere essudativo, a localizzazione alta.

Un'altra indicazione è offerta dai pn. parziali inoperanti e pericolosi come quello a caverna sospesa e quello « antielettivo ».

L'applicabilità del pn. c. p. è subordinata in via pregiudiziale alla libertà della pleura corrispondente e ad un grado di sufficiente spostabilità del mediastino. Come nel pneumo omolaterale, l'azione di un pn. c. p. può venir frustrata sia da aderenze pleuriche, sia da un mediastino eccessivamente mobile: a questo ultimo inconveniente si potrebbe forse in parte ovviare con l'associazione di un exeresi omolaterale.

Gli effetti terapeutici del pn. c. p. sono di tre tipi diversi:

a) lenti e tardivi, analoghi all'azione lenta e tardiva del pneumo comune sulle lesioni del polmone opposto (55 %);

b) pronti e solleciti ed anche immediati, del tutto analoghi a quelli del pneumo omolaterale (17 %);

c) nulli (28 %); in parte di questi casi il mancato successo è da riferirsi esclusivamente alla rigidità del mediastno.

Il pn. c. p. raggiunge il massimo del suo rendimento in associazione con l'exeresi omolaterale. Al riguardo si può concepire tanto la successione pneumo-exeresi, che la contraria exeresi-pneumo; gli AA. preferiscono la prima.

Come nel pneumo omolaterale potranno opportunamente associarsi al pn. c. p. altre cure sussidiarie: auroterapia, calcio, colesterina irradiata, cure tubercoliniche, ecc.

C. TOSCANO.

MISCELLANEA.

Le complicazioni del comune raffreddore.

(A. LOWNDES YATES, *The Practitioner*, novembre 1932).

I sintomi precursori di complicazioni del comune raffreddore sono il dolore, l'alterazione nel carattere della secrezione, il malessere e la febbre.

Il *dolore*. Salvo negli individui molto nervosi, il raffreddore non è accompagnato da dolore. Se questo si manifesta un paio di giorni dopo l'inizio del raffreddore indica la possibilità di una rinite acuta infettiva, o di una infiammazione cronica dei seni paranasali o di altre affezioni.

Nell'otite media acuta, il dolore è avvertito all'orecchio, ma è di grado variabile; la sua scomparsa improvvisa indica che il pus si è fatto strada attraverso una perforazione, per le trombe di Eustachio, oppure nell'antro mastoide o da questo in un ascesso extradurale. La cessazione del dolore può quindi indicare la guarigione ovvero una complicazione grave.

Il dolore dovuto a sinusite frontale è avvertito quasi esclusivamente sull'occhio; nella forma mascellare, sulla regione malare; nella etmoidale anteriore all'angolo interno dell'occhio e nella posteriore al vertice del capo e sugli occhi: nella forma sfenoidale, alla parte posteriore del capo o nella regione mastoidea e può simulare la mastoidite.

Alterazione nel carattere delle secrezioni. — Nel raffreddore comune, la secrezione consiste di muco chiaro e, nei primi tre giorni, non contiene nè cellule nè microorganismi; anche con la comparsa di questi, la secrezione rimane chiara e solo sul 7° giorno diventa improvvisamente meno abbondante e di colore giallognolo; le cellule vi diventano meno numerose ed il muco acquista un elevato potere battericida.

Se minacciano delle complicazioni, si hanno due tipi di cellule, i linfociti ed i polinucleari; nelle forme più gravi, diminuisce notevolmente la quantità della secrezione che si cambia più presto da mucosa in muco-purulenta e non ha potere battericida. Il caso può somigliare all'influenza, ma la presenza del dolore impedisce una confusione.

Quando si sia in dubbio di trattare chirurgicamente una di tali complicazioni, è utile l'esame della secrezione. Nel raffreddore comune, al 7° giorno, la secrezione osservata al microscopio appena emessa mostra una grande quantità di cellule e germi, che dopo mezz'ora però sono del tutto scomparsi a causa del potere lisozimico. Se invece si vede che i germi anzichè scomparire aumentano, si deve concludere che i tessuti non resisterebbero al trauma di un'operazione. Quando il raffreddore colpisce un naso che è sede di infiammazione cronica, la secrezione incomincia prima da una narice e prende poi tutte e due; all'esame microscopico, si vedono, oltre a masse di polinucleari, notevole quantità di cellule epiteliali.

Malessere e febbre. Nelle forme più benigne, si può avere un grado maggiore o minore di malessere pur senza febbre, oppure questa può verificarsi. In altri casi, manca il malessere e vi è invece febbre elevata, che deve far pensare alla possibilità di infezione del seno laterale del tipo setticemico.

La febbre nel raffreddore comune ha un carattere analogo a quella dell'influenza, accompagnandosi cioè alla diminuzione della riserva alcalina.

Questo stato di *acidosi* va combattuto e, se con il trattamento abituale la febre non cade, si somministrerà del bicarbonato di sodio fino a rendere l'urina alcalina e si vedrà spesso che la temperatura cade come per crisi. La mancanza di immunità è indubbiamente connessa con una diminuzione della riserva alcalina.

In complesso, le complicazioni del raffreddore si hanno nelle seguenti condizioni.

1) Quando le secrezioni sono trattenute nei seni o nell'orecchio medio a causa del gonfiore della mucosa, che impedisce il libero drenaggio.

2) Quando vi è un'infezione secondaria per contatto con un individuo portatore di germi che hanno acquistato resistenza per poter vivere nel muco nasale e moltiplicarvisi.

3) Quando il muco nasale viene diluito mediante docce ed irrigazioni. L'A. rileva il grande pericolo che presentano le lavature nasali fatte in periodo di raffreddore; si possono avere complicazioni mortali.

4) Quando il raffreddore colpisce un individui dalla salute malferma.

Le complicazioni possono aversi:

a) Nei seni nasali; diagnosticate per la presenza di dolore. Nei primi stadii, si ricorrerà alle polverizzazioni con cocaina (la mucosa infiammata ha un alto potere di assorbimento della cocaina, di cui sul principio si polverizzeranno soltanto piccole quantità); la cocaina produce una retrazione della mucosa e, quindi, diminuzione della congestione e apertura dei seni frontali. Negli stadi ulteriori, l'A. consiglia l'iniezione di olio di paraffina nei seni.

b) Nell'orecchio; l'otite media acuta si tratta con la miringotomia.

c) Nella laringe e nei bronchi. Le nebulizzazioni con olio di paraffina facilita i movimenti delle cilia vibratili e, quindi, l'escrezione del muco.

fil.

Stato attuale della questione del batteriofago.

(A. Seldeslachts. *Revue belge des sciences médic.*, 1932, n. 4).

Il nome di batteriofago fu pronunziato per la prima volta nel 1916 dal D'Hérelle per designare un nuovo principio, secondo lui vivente, capace di distruggere i batteri. Purtuttavia già nel 1896 Hankin aveva intravisto la batteriofagia scoprendo una proprietà battericida nelle acque del Gange ed il D'Hérelle stesso, nel 1909, aveva toccato il problema studiando la malattia provocata dal « coccobacillus acridiorum ». La prima descrizione dettagliata fu fatta dallo Twort nel 1915, affermando che il fenomeno della lisi era da considerarsi come una affezione contagiosa acuta nei microbi, come una autolisi trasmettentesi da un microbo all'altro. D'Hérelle attirò l'attenzione su di un fenomeno analogo osservantesi sul bacillo di Shiga con filtrati di feci di dissenteria bacillare.

Il batteriofago risiede specialmente nelle feci di alcuni malati. Il batteriofago anticolibacillare può riscontrarsi nell'intestino di individui sani. I caratteri principali del batteriofago sono:

È invisibile anche ai più forti ingrandimenti. È un elemento filtrante, passando attraverso la candela Chamberland o Berckefeld. Agisce a dosi infinitesimali. Non si sviluppa sui mezzi di cultura sterili; non si riproduce che in presenza di microbi giovani e viventi, non avendo azione litica sui microbi morti. Il suo potere litico è variabile: subisce l'azione della concentrazione in ioni H del mezzo; è favorito dall'alcalinità, ostacolato dall'acidità fino a divenir nullo. Il grado del potere litico varia da un batteriofago all'altro ed il potere litico di uno stesso principio può avere delle oscillazioni. L'attività può essere aumentata da trapianti successivi, e dipende anche dal grado di resistenza dei microbi in causa, dai differenti stipiti di uno stesso microbo.

Sembra che il batteriofago oltre che citolitico abbia potere citocinetico, cioè abbia la capacità di esercitare uno stimolo moltiplicante per i microbi sfuggiti alla distruzione — in un primo tempo però —. Il batteriofago è capace di essere assorbito da microbi sui quali

non ha azione. La durata di conservazione può essere anche di anni, resistendo anche al calore ed a date concentrazioni di bile, fluoruro, acido fenico. Esso è centrifugabile e capace di attraversare le membrane di collodio con pori fini. Il principio del batteriofago è specifico, cioè agisce elettivamente sul microbo che ha provocato l'infezione.

Il batteriofago ha proprietà antigeniche.

Per quanto riguarda l'interpretazione del principio del batteriofago, nessuna teoria soddisfa finora. Per D'Hérelle, il batteriofago è un essere vivente, un virus filtrante, che chiama « Bacteriophagum intestinale »; e ciò per la facoltà che ha di moltiplicarsi, di adattarsi ai mezzi esterni, di scegliere alcuni germi, di poter anche attaccarne degli altri (la qual cosa sembra provare che il fenomeno della lisi non è inerente al microbo stesso, ma viene da batteriofago che si nutre in un mezzo eterogeneo) ed infine perchè il batteriofago possiede una vera virulenza che può attenuarsi od esaltarsi.

Per Bordet, Ciuca, Gratia, la lisi microbica trova la sua ragione nel microbo stesso, un germe non potendo presentare una così grande resistenza alla temperatura ed agli antisettici. Vi sarebbe nei germi, nei batteri, un principio lisogeno normale, esaltabile in particolari condizioni.

Per Kabeshima il batteriofago sarebbe un catalizzatore proveniente dalle ghiandole digestive, forse dai leucociti, una diastasi che provocherebbe la dissoluzione dei batteri attivando un proenzima normalmente chiuso in essi. Nozione questa che mal si accorda con la trasmissibilità all'infinito del batteriofago.

Per Bail, i microbi si dissocierebbero in elementi estremamente piccoli che formerebbero una sospensione colloidale capace di lisare la sospensione colloidale protoplasmatica del batterio stesso e questa azione, puramente fisica, rinnovellantesi in ciascun passaggio darebbe l'impressione del fenomeno batteriofagico. Lisbonne e Carrére parlano di liberazione a valanga di lisine normali contenute nei batteri e capaci di lisare germi della stessa specie.

Rosenthal crede in una ultraspora che trasformerebbe le forze vegetative in ultraspore simili viventi a loro spese.

Insomma tutti gli AA. ammettono in realtà l'esistenza e gli effetti del b., ma non sono di accordo sul suo meccanismo e la sua natura intima.

Passando nel campo pratico e cercando di riassumere le applicazioni fatte in terapia del batteriofago, si è visto che nell'uomo, con esso si possono combattere utilmente:

La dissenteria, nella quale gli sperimentatori hanno potuto dimostrare la scomparsa del bacillo causale nelle feci in 24-48 ore.

Le infezioni da colibacillo: risultati variabili, quasi certi e spesso rapidi nei casi acuti (pielo-nefrite gravidica), incostanti e meno retti nei casi cronici. Le difficoltà provengono dalla molteplicità delle razze dei colibacilli.

La febbre tifoidea.

La peste ed il colera, con buoni risultati.

Le infezioni stafilococciche.

Le forme di batteriofago più utilizzate in terapia sono, in ordine di valore decrescente: l'autobatteriofago (l'ideale sarebbe!), il batteriofago adattato (isolati da molto tempo, adattati al germe che si deve combattere); lo stokbatteriofago.

Il batteriofago, nella terapia, deve essere introdotto nell'organismo il più precocemente possibile, in forma massiva, ed attraverso diverse vie: per via sottocutanea, per os, per via vescicale, per via rettale, ecc. Nei casi fortunati i risultati non si fanno attendere. Hanno azione distruttiva sul batteriofago alcuni prodotti chimici, per esempio l'urotropina, i sali di chinina, il bleu di metilene, i composti formolati, ed altri antisettici. MONTELEONE.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

SEZIONE DI BARI DELLA LEGA PER LA LOTTA CONTRO IL CANCRO. *Riassunto delle Lezioni sui tumori maligni.* (Bollett. ed Atti della Accademia Pugliese di Scienze, anno VII, fasc. 4). Un op. in-8° (da pag. 125 a 198). Bari, F.lli Laterza e Polo, 1932.

Il problema dei tumori maligni diviene sempre più assillante, a causa del continuo incremento della mortalità che essi determinano.

Un'attività intensa viene svolgendosi oggi nel campo scientifico, per indagare l'eziologia e la patogenesi dei tumori maligni e addivenire alle auspicate cure causali; come pure nel campo pratico, per promuovere la diagnosi anticipata e le cure tempestive di cui oggi disponiamo: exeresi e irradiazioni.

La Sezione di Bari della Lega italiana per la lotta contro il cancro, presieduta dal prof. Maggiore, ha organizzato un corso di conferenze ai medici pratici sui tumori maligni, tenute dal corpo insegnante di quella Facoltà medica. A cura dell'Accademia Pugliese di Scienze, presieduta dal prof. Gaifami, si è provveduto a raccoglierle in un volumetto, che costituisce una messa a foco precisa e completa del grave problema, sotto molteplici aspetti. Sarebbe desiderabile che la raccolta fosse posta in commercio e avesse larghissima diffusione tra i medici. A. P.

R. M. MAY. *La transplantation animale.* Edit. Gauthiers-Villars et C.ie, Parigi. Fr. 70.

Gli innesti di organi e tessuti hanno fatto in questi ultimi anni progressi notevoli.

Il perfezionamento della tecnica ha consentito di ottenere risultati, che hanno largamente concorso ad ampliare le nostre conoscenze biologiche, sopra tutto in fatto di istogenesi e di endocrinologia.

Quali che siano le applicazioni pratiche di queste ricerche, è certo che nel campo dottrinale esse hanno molto allargato e precisato le nostre nozioni.

Il volume compilato dal May raccoglie in modo sistematico tutto quanto è stato accertato sull'argomento. DR.

M. ABELOOS. *La régénération et les problèmes de la morphogenèse*. Edit. Gauthier-Villars et C.ie, Parigi. Frs. 50.

Gli ultimi studii sperimentali su i fenomeni dello sviluppo normale hanno fatto notevolmente progredire le nostre conoscenze anche su quelli riguardanti la rigenerazione. I due ordini di fatti sono analoghi, e le acquisizioni nel campo delle une illuminano anche quello delle altre.

Questo è il concetto fondamentale del libro che rappresenta un'esposizione sistematica dell'embriogenesi e della rigenerazione dei tessuti. DR.

Arquivos da Escola médico-chirurgica de Nova Goa. Serie A., n. 7. Dott. J. Rangel, editore.

In questo grosso fascicolo di oltre 250 pagine, degli Archivi della Facoltà medico-chirurgica di Nova Goa (Indie portoghesi), troviamo essenzialmente studi antropologici, anatomici e teratologici sugli abitanti delle Indie portoghesi. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Lancisiana di Roma.

Seduta del 17 novembre 1932.

Il presidente on. FIORETTI, aperta la seduta, che inaugurava l'anno accademico, ha comunicato l'esito dei concorsi a premio.

S. E. SPANO, presidente degli Ospedali Riuniti di Roma, ha consegnato il premio di lire duemila al prof. Consoli Donato, vincitore del concorso della Presidenza degli Ospedali per l'anno 1931.

L'on. FIORETTI ha consegnato i premi di lire mille ai proff. Luzzatto Fegiz e Leonardi, vincitori dei concorsi per gli anni 1930-1931.

Il PRESIDENTE ha bandito, poi, i seguenti concorsi a premio per l'anno 1933:

1) « Indirizzo moderno nella cura delle fratture ». Premio di lire duemila del Sindacato Medico Fascista di Roma e Provincia.

2) « Ascesso polmonare ». Premio di lire duemila della Presidenza degli Ospedali Riuniti di Roma.

I lavori dovranno essere consegnati alle ore 18 del 17 novembre 1933.

Seguì la relazione morale e finanziaria svolta dal prof. D'AVACK approvata all'unanimità.

Commemorazione del socio prof. Laurenti Temistocle.

Prof. V. GHIRON. — L'O. ha ricordato come il prof. Laurenti, venuto a Roma dalla terra d'Abruzzo ha qui percorso brillantemente la carriera chirurgica sotto la guida dei proff. Francesco Durante e Roberto Alessandri di cui fu aiuto amato e apprezzato. Egli era docente di Clinica chirurgica, Patologia chirurgica e Medicina operatoria ed aveva un grande numero di pubblicazioni di notevole valore scientifico. Nell'esercizio della pratica professionale aveva profuso sue alte doti di intelletto e di cuore beneficando largamente gli umili e gli ammalati i quali accorrevano all'ambulatorio da lui diretto, perchè avevano imparato ad amarlo e ad apprezzarne la perizia tecnica.

Distrofia adiposo-genitale familiare ed alterazioni craniche.

Prof. T. LUCHERINI. — L'O., in base ad una osservazione clinica afferma che la distrofia adiposo-genitale tipo Froehlich può avere carattere familiare, e può essere accompagnata nei membri malati della stessa famiglia da alterazioni craniche dello stesso tipo dovute all'aumento della pressione cerebrale.

In seguito all'accertamento (R. W. positiva) della sifilide paterna, discute il problema etiologico; e dopo una breve disamina differenziale, passa a prospettare sotto il punto di vista patogenetico, con argomenti d'ordine clinico e radiologico, i rapporti che intercorrono fra la sindrome clinica e le imponenti alterazioni craniche, formulando in proposito le ipotesi più verosimili.

Seduta del 16 dicembre 1932.

Considerazioni sulla diagnosi e sulla cura radiologica di due casi di malattia di Schüller-Christians.

Prof. S. ATTILY. — L'O. riferisce su due casi di tale malattia occorsi al suo esame. Oltre alle tipiche alterazioni dello scheletro consistenti in presenza di lacune ossee irregolari e di varia estensione, senza reazione all'intorno e in quelle a carico dei polmoni, mostravano diabete insipido, arresto dello sviluppo, irrequietezza. Mancava l'esoftalmo. Esaminato uno dei pazienti a distanza

si notò spontanea attenuazione del quadro. L'O. riferisce brevemente sui concetti che sono invocati per spiegare l'etiologia e la patogenesi di tali forme (cioè quello che le considera una endocrinosimpaticosi a tipo neuro-ipofisario e quello che le include nel gruppo delle xantomatosi) e discute l'opportunità della cura radioterapica vantata in queste forme che non raggiungono nella letteratura la cinquantina di casi.

Dott. G. MIRANDA. — *Una nuova pinza chirurgica.*

A proposito di un caso di volvolo di megasigma.

Dott. G. SCOLLO. — L'O. riferisce un caso di volvulo in un vecchio di 72 anni, a carico di un megasigma con mesosigmoidite retrattile. Spiega la patogenesi delle multiple alterazioni riscontrate dell'ansa sigmoide, ammettendo che originariamente il paziente sia stato affetto da dolicocolon; che in seguito si sia costituito per la stasi fecale e i prodotti tossi-infettivi di essa il processo di mesosigmoidite retrattile, il quale non poteva non concorrere all'ulteriore sviluppo dell'ectasia e dell'allungamento del colon; onde la formazione di un circolo vizioso di cause che portarono alla complicazione finale: il volvulo mesenterico assiale dell'ansa. L'O. passa in rassegna le varie teorie emesse a spiegare la patogenesi del megacolon senza ostacolo evidente; e tratta infine della terapia adottata nel suo caso che è stata: in 1° tempo detorsione e colonpessia della ansa; ano cecale a destra; in 2° tempo resezione dell'ansa sigmoide e cosituzione di un ano iliaco, secondo Mikulicz; in 3° tempo chiusura di questo ano per via intraperitoneale con sezione cruenta dello sperone; in 4° tempo chiusura dell'ano cecale. Il paz. è guarito in ottimo stato ed ha evacuazioni regolari.

La velocità di circolazione del sangue in soggetti sani e malati.

Dott. A. BONADIES. — L'O. servendosi di una soluzione al 50 % di cloruro di Ca introdotta per via endovenosa, ha misurato la velocità di circolazione del sangue in 70 soggetti tenendo conto dell'intervallo di tempo che intercorre fra l'iniezione e l'insorgenza della sensazione di calore in varie parti del corpo. Stabilite delle cifre medie normali, ha trovato la circolazione rallentata nello scompenso cardiaco e tanto più quanto più grave è lo scompenso stesso. Uguale rallentamento ha riscontrato nella nefrite cronica. Nell'asma bronchiale, bronchite asmatica, enfisema polmonare, cianosi da insufficienza respiratoria, febbre, la velocità circolatoria non subisce notevoli spostamenti sopra il normale. Ha trovato aumento di velocità in un caso di vizio congenito di cuore.

Discussione: proff. EGIDI, CHIASSERINI, LUCHERINI, ARCANGELI, VERNONI. *Il Segretario*: D'AVACK.

Riunioni fra i Sanitari dell'Ospedale di S. Spirito - Roma.

Seduta dell'8 dicembre 1932.

L'encefalografia nella diagnosi dei tumori cerebrali.

Prof. T. LUCHERINI. — Dopo aver fatto rapidamente la storia dell'encefalografia, l'O. riferisce su 7 casi in cui egli l'ha applicata, trattenendosi più ampiamente su tre casi: uno in cui l'encefalografia ha confermato la diagnosi di tumore cerebrale già posta clinicamente, e poi riconosciuta esatta all'intervento chirurgico; uno in cui la diagnosi di tumore fu fatta clinicamente e sarebbe stata confermata dall'encefalografia se questa fosse stata meglio interpretata; e uno in cui l'encefalografia fece escludere un tumore sospettato clinicamente e che fu riconosciuto inesistente dal decorso ulteriore della malattia. Una sola volta su 7 non si riempirono di aria i ventricoli cerebrali. L'O. insiste sulla necessità che l'encefalografia venga interpretata dal clinico e dal radiologo insieme.

Alla discussione parteciparono i proff. P. ALESSANDRINI, GUALDI e ATTILI.

Il Segretario: R. LUSENA.

Società Medico-Chirurgica Bergamasca.

Seduta del 26 ottobre 1932-X.

Presiede il dott. ROVIGLIO, vice-presidente.

Sull'ascesso di fissazione.

Prof. MINELLI. — L'O., esposta la tecnica necessaria per la buona riuscita dell'ascesso da fissazione provocato con essenza di trementina, ha mostrato, in base a numerose storie cliniche, come in alcuni casi specialmente gravi di polmonite, di broncopolmonite, il formarsi dell'ascesso coincide con l'iniziarsi della risoluzione del processo morboso.

Specialmente interessanti sono tre casi di meningite cerebro-spinale epidemica gravi, che non cedevano ad abbondanti iniezioni di siero, di vaccino, di electargolo nei quali l'a. d. f. determinò la caduta della temperatura, la scomparsa di tutta la sintomatologia e la rapida guarigione.

Dott. BUSACCA. — *L'astigmatismo corneale in seguito alle operazioni di cataratta.*

Risultati della cura incruenta della lussazione congenita dell'anca.

Proff. NASTRUCCI e FECI. — Gli OO. hanno rivisto 38 ammalati trattati col metodo di Paci-Lorenz per lussazione congenita delle anche, uni- e bilaterali, a distanza variabile dai 7 ai 9 anni dal trattamento che era stato istituito a diverse età dei P.: da uno e mezzo a 7 anni.

Dai controlli eseguiti, clinici e radiografici, hanno potuto constatare come sia piuttosto rara una ricostruzione anatomica perfetta dell'articolazione, mentre il più delle volte si ha ripristino funzionale completo anche se il radiogramma rileva imperfezioni talora anche accentuate, nella morfologia dei componenti dell'articolazione.

Pur non essendoci un rapporto costante tra riparazione anatomica ed epoca di trattamento, tuttavia i risultati appaiono molto migliori quanto più precoce è stato il trattamento.

Seduta del 22 novembre 1932.

Presiede il prof. D'ALESSANDRO, presidente.

Su di un caso di appendicite calcolosa.

Dott. TIMPANO. — L'O. riferisce di un uomo di 22 a. che, non avendo mai lamentato anamnesticamente alcun disturbo addominale anche lieve, improvvisamente ebbe a presentare una sintomatologia prettamente ureterale ad insorgenza acuta caratterizzata da dolori irradiati alla regione renale destra, al testicolo, al pene, con scarsa e bruciante minzione, tenesmo vescicale, ematuria. Assente la febbre, assente il vomito. Un esame radiografico per la ricerca dei calcoli urinari svelò

l'esistenza di due ombre opache a contorni regolari, una inferiore grossa quanto un cece, l'altra superiore e disgiunta dalla prima, grossa quanto un grano di frumento, situata a livello dello sincondrosi sacro-iliaca nel suo estremo superiore.

Nonostante le manifestazioni cliniche e la positività di questo reperto radiologico, si è creduto opportuno sottoporre ad attenta analisi differenziale tali ombre nel dubbio che non fossero a carico dell'uretere.

Il Segretario: Dott. CAMPLANI.

Accademia Medica Pistoiese "Filippo Pacini".

Seduta del 30 ottobre 1932.

Presiede: Prof. CANTIERI.

Prof. L. CASTALDI (Cagliari). — *Nuove conoscenze scientifiche e pratiche sulla corticale surrenale.*

Seduta del 26 novembre 1932.

Dott. S. RUSSO. — *I gruppi sanguigni in rapporto alla sindrome emottoica della tubercolosi polmonare.*

Le reazioni tubercoliniche ed in particolare le endodermoreazioni regionali nella tubercolosi polmonare.

Dott. R. SANTI. — Ricorda le diverse teorie invocate a spiegare la reazione tubercolinica in genere e in modo speciale si sofferma sugli studi in merito alle differenze regionali dell'endodermoreazione riportando i resultati delle ricerche altrui e i diversi concetti emersi per la spiegazione dei fatti. Dopo questo aggiornamento della questione espone le sue personali ricerche.

Ha praticato l'endodermoreazione di Trambusti in ammalati di tbc. polmonare mono- o bilaterali, con lesioni circoscritte o diffuse, gravi o leggere, in cura pneumotoracica o no, e in pleuritici o peritonitici tbc. In totale 210. In 190 di questi sono state praticate contemporaneamente bilaterali e simmetriche o nelle regioni infrascapolovertebrali se polmonari, o alle basi del torace se pleuritici, o all'addome se peritonitici, e contemporaneamente su zone lontane dal focolaio: e cioè in alcuni alla faccia interna dell'avambraccio destro, in altri alla faccia anteriore delle due cosce. In 33 casi furono dopo un mese ripetute nelle stesse zone infrascapolari, in 20 furono praticate contemporaneamente nella stessa zona infrascapolare due intradermo: una più superficiale ed una più profonda.

Le conclusioni che emergono dallo studio di numerose tabelle esposte dall'A. sono le seguenti: 1) Le endodermo sono state per la massima parte eguali sia sulla zona di proiezione del focolaio, che a distanza. 2) Le disuguaglianze in più interessano talora la parte ammalata, ma in una percentuale non trascurabile il lato sano e le zone lontane. 3) Alle cosce si è avuto circa un terzo di reazioni disuguali. 4) Nessun rapporto fondato con la forma anatomo-clinica della lesione. 5) Nessun rapporto con la cura pneumotoracica, da indurne concetto curativo o prognostico. 6) Raramente maggiore accentuazione dal lato colpito da flogosi sierosa. 7) Le reazioni eseguite dopo un mese nelle stesse zone si sono modificate nel 55 % dei casi. 8) Le reazioni più superficiali sono più intense di quelle eseguite più profondamente. Ritiene che nell'interpretazione delle reazioni, debba darsi grande importanza al fattore generale, non sembrandogli sufficientemente dimostrato, che eventuali modificazioni reattive specifiche si stabiliscano, con l'intervento di riflessi viscero-trofici. Dimostra l'importanza di minute variazioni di tecnica nel determinismo di alcune differenze ed afferma che sarebbe infido attenersi ai resultati delle reazioni regionali differenziali per un giudizio diagnostico o prognostico di sede o di attività, pur non infirmando il valore prognostico del grado di intensità della reazione considerata da un punto di vista generale.

Un nuovo apparecchio per semeiotica. Il pericnografo.

Dott. V. BACCI. — L'apparecchio dell'O. ha per scopo di ottenere il rilievo grafico dei perimetri del corpo e la misurazione di ogni diametro.

Il Segretario.

Società di Coltura Medica Novarese.

Seduta del novembre 1932.

Presidente: Prof. PAOLO PIETRA.

Prof. G. F. CAPUANI. — *La genesi dell'ictus cardiaco.*

Prof. P. PIETRA. — *Presentazione di casi di: colecistite da lamblia; febbre ondulante.*

Discussione: dott. V. GALLINA.

Prof. P. A. MEINERI. — *Presentazione di un caso di eritrodermia secondaria ad una eczematide psoriasiforme.*

Prof. V. FERRERO. — Presentazione di tre giovani pazienti (di 22-24-25 anni, rispettivamente) affetti da *carcinoma gastrico.*

Dott. A. PETTERINO PATRIARCA. — *Su di un caso di mucocele frontale-etmoidale con gravi complicanze orbitarie ed oculari.*

Seduta del 1° dicembre 1932.

Metodi moderni di terapia delle fratture ossee.

Prof. V. FERRERO. — L'O., dopo avere brevemente accennato ai concetti che debbono informare la condotta del chirurgo nella terapia delle fratture ossee, si sofferma a parlare del metodo relativamente recente della *trazione col filo.*

Presenta quindi 10 casi così trattati dei quali sette riguardano fratture della diafisi femorale, due, gravi lussazioni centrali del femore con frattura del bacino, ed uno con frattura dell'epifisi distale dell'omero.

Conclude ritenendo che questo metodo è fra tutti quello che risponde meglio, nella maggioranza dei casi, anche se trattasi di fratture comminute o esposte, o di soggetti in età avanzata.

Interviene nella discussione il prof. BIANCHETTI.

Scheggia di granata ignorata e perfettamente tollerata, estratta dalla vescica dopo 14 anni dal ferimento.

Dott. G. LAVATELLI. — L'O. riporta l'osservazione di rara tolleranza d'una scheggia di granata penetrata nella regione glutea sinistra ed estratta dopo 14 anni dalla vescica dove aveva formato nucleo centrale in un calcolo. La lesione era decorsa misconosciuta e quasi asintomatica fino a poco tempo prima dell'estrazione.

Prof. P. A. MEINERI. — *Presentazione di un caso di sifilide secondaria.*

Discussione: prof. BIANCHETTI, prof. CAPUANI e dott. GALLINA.

Il Segretario: Dott. L. FERRERO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Sconsigliabilità di prove sulla funzione circolatoria.

Tra le numerose prove proposte per l'esame della funzione circolatoria vi è quella recentemente descritta da Leschke, consistente nell'iniezione endovenosa rapidissima, cioè nello spazio di un secondo, di 1 cmc. di soluzione al 50:100 di cloruro o bromuro di calcio, notando con un cronometro il momento in cui il paziente prova il primo senso di bruciore che, per lo più, è avvertito alla lingua. Il valore normale di tale prova oscillerebbe tra 9 e 13 secondi.

Valori analoghi sono stati indicati per una modificazione di questo metodo, consistente nell'iniezione di 5 cmc. di decolina, la quale provoca la comparsa di un gusto amaro nella bocca.

H. May (*Med. Klin.*, n. 42, 14 ott. 1932), avendo sperimentato tali prove, espone le critiche che ad esse possono venire mosse.

L'iniezione endovenosa anche di un solo cent. cubico nello spazio di un secondo, rappresenta infatti un artificio di tecnica di difficile esecuzione, e provoca con grande facilità la trombosi della vena, che può complicarsi con periflebite e compartecipazione dei nervi prossimiori, estrinsecantesi con iperestesie ed analgesie.

Il momento di comparsa della sensazione di bruciore è poi strettamente legato alla rapidità dell'iniezione, poichè basta aver impiegato 1,5 secondi, per vederlo salire a 15 secondi, e ad un minuto, se si impiegarono 5 secondi, senza dimenticare che esistono anche variazioni individuali di sensibilità.

Si deve rammentare anche la possibilità, citata da altri autori, che un'iniezione endovenosa praticata in un cardiaco provochi la comparsa di un infarto polmonare, per la quale ragione non appaiono innocui in modo assoluto i 5 cmc. di decolina proposti.

Non è finalmente assodato se la variazione delle sensazioni provocate dai metodi su descritti dipenda da un rallentamento circolatorio o da altri fattori, quali ad esempio la quantità complessiva o la composizione del sangue.

Il metodo non sembra, in conclusione, di portata veramente pratica. M. FABERI.

CASISTICA.

La peritonite da pneumococco.

Esistono due forme cliniche, la diffusa e la localizzata, che hanno lo stesso inizio. La peritonite da pneumococco si osserva in grande maggioranza nelle bambine da 5 a 10 anni, ma anche ad altre età; il numero di tali forme nell'adulto è forse maggiore di quanto si ritiene generalmente.

Inizio generalmente acutissimo, con temperatura alta (39°-40°) e violento dolore addominale, frequenti vomiti, diarrea, alterazione dello stato generale. In tale stato, è ben difficile la differenziazione da altre peritoniti.

Nella *forma localizzata*, si attenuano i fenomeni generali e la temperatura, cessano i vomiti, persiste per un po' di tempo la diarrea ed il dolore si localizza nella regione sotto-ombelicale, dove si osserva ottusità e si può poi percepire la fluttuazione. Con l'intervento, si ottiene la guarigione nella grande maggioranza dei casi. Si possono avere forme cliniche varie per la varia localizzazione dell'ascesso.

Nella *forma diffusa*, si può avere il tipo settico e quello suppurato. Come osserva A. Bréchot (*Revue de médecine*, febbraio, 1932) in questi casi, è anzitutto necessario diagnosticare se vi è peritonite e se questa è prodotta dal pneumococco. La temperatura molto elevata la differenzia dalla peritonite appendicolare; così pure il dolore che è più variabile, più diffuso, col massimo periombelicale; i vomiti sono più precoci e frequenti, si ha diarrea, che è rara nella P. appendicolare.

La contrattura dell'addome è meno marcata; non si deve però dimenticare che nelle forme settiche si può avere una contrattura generalizzata e che in certe forme tossiche della P. appendicolare, la contrattura è insignificante.

Per la diagnosi differenziale, ha grande importanza la dissociazione dei sintomi peritoneali: discordanza fra lo stato del ventre e quello generale, tra la facies od il polso e lo stato generale. Poco aiuto, invece si può avere dalle prove di laboratorio.

All'inizio della polmonite, quando i segni stetoscopici mancano ancora, il punto doloroso addominale che talvolta si osserva può ingenerare confusione; ma la dispnea, l'aspetto generale del malato, la facies più vultuosa consiglieranno di attendere dei sintomi più precisi. Una volta diagnosticata la peritonite, poi, si deve pensare oltre alla forma appendicolare a quella streptococcica che rassomiglia molto alla pneumococcica.

In complesso, la diagnosi della P. pneumococcica non può farsi che in un numero limitato di casi, quando l'insieme dei piccoli segni differenziali e la discordanza dei sintomi formano un fascio di probabilità. Per chiarire la diagnosi, l'A. consiglia una piccola incisione esplorativa nella fossa iliaca destra, sotto anestesia locale. Qualche goccia di sierosità raccolta permette un esame batteriologico e, soprattutto, l'aspetto del cieco-colon e della fi-

ne dell'ileo mostreranno l'esistenza o meno di un processo appendicolare e la necessità o meno di intervenire. Tale intervento è innocuo per la P. da pneumococco ed anzi può essere utile permettendo un drenaggio della raccolta.

fil.

Peritonite sotto-epatica da perforazione della vescicola biliare. Importanza delle lamblie e del colibacillo.

L'importanza della *Lamblia intestinalis* sembra essere sempre più evidente nella patologia del tubo-digestivo ed anche delle ghiandole annesse. Non solo questo parassita produce delle enteriti di forma diversa, ma infetta anche le vie biliari e deve ritenersi responsabile in uno con associazioni microbiche, delle infiammazioni delle vie biliari e forse di alcune affezioni del fegato.

Nel caso riportato dal Chantriot (*Archives des maladies de l'appareil digestif*, 1932, n. 8) la *Giardia intestinalis* sembra aver avuta azione patogena preparando al colibacillo il compito di microbo di uscita.

Un soldato di 21 anni entra nell'infermeria di Beyrut per linfangite del braccio destro: l'indomani violenti dolori addominali, senza diarrea, elevazione progressiva della temperatura, aggravamento nel giorno successivo, di poi diarrea frequente e biliare, delirio, reazione peritoneale a destra. Si interviene, e, nel peritoneo si trova liquido siero purulento. L'esplorazione nella regione vescicolare è negativa, onde il malato è drenato. Tre giorni dopo rimuovendo la medicatura si ritrova nel mezzo della breccia operatoria del liquido giallo verdastro: il giorno successivo si constata una vera inondazione biliare della medicatura. Dieci giorni dopo febbre intermittente e con l'esame microscopico delle feci si mettono in evidenza numerose forme vegetative e cistiche di lamblia ed uova di tricocefalo; nel liquido estraibile asetticamente dalla ferita operatoria si coltiva un colibacillo: stovarsolo, vaccino anticolibacillare, apiressia, guarigione.

È logico ammettere (afferma l'A.) il compito iniziale e preponderante della lamblia nella genesi della perforazione vescicolare: non può attribuirsi a semplice coincidenza la presenza nelle feci di lamblie in gran numero. Per quanto riguarda il colibacillo, la azione virulenta, attenuata, è provata: esso può ritrovarsi nel sangue e nelle urine, senza che queste contengano alcun elemento infiammatorio. D'altra parte è nota la importanza della vescicola biliare quale serbatoio di virus in setticemie a localizzazione intestinale: nel caso in oggetto la breccia vescicolare preparata dalla lamblia ha favorito la uscita del colibacillo donde la peritonite.

Monteleone.

TERAPIA.

Il calcio nella cura della polmonite.

A. Zucchi (*Gazzetta degli Osp. e delle Clin.*, 11 sett. 1932), fin dai primi del 1931 ha usato il calcio nella cura delle polmoniti ed ha così trattato 21 casi di polmonite franca primitiva e di broncopolmoniti secondarie influenzali e non influenzali. Ha usato il gluconato di calcio in soluzione al 10 % alla dose singola abituale di 10 cc. introdotta per via endomuscolare, due volte nelle 24 ore.

L'uso del gluconato di calcio nella cura delle polmoniti si è dimostrato all'A. utile, in quanto sembra riesca talora a troncare senz'altro precocemente il decorso della malattia, talora ad abbreviarla o per lo meno a renderne più mite il decorso. Ottima la sua azione sulla funzione circolatoria.

La cura è tanto più efficace quanto più precocemente è istituita, ed ogni forma pneumonica o bronco-pneumonica acuta, indipendentemente dalla sua etiologia (non sono comprese nei casi trattati dall'A. le forme tubercolari) può essere così utilmente trattata.

Sarebbe utile stabilire con l'ulteriore esperienza se l'uso precoce di grandi dosi o l'applicazione per via endovenosa non renda più frequente l'azione abortiva del gluconato di calcio e se in caso di forme pneumococciche si ottengano maggiori vantaggi abbinando l'uso del calcio alla siero o chemioterapia.

C. Toscano.

Nelle polmoniti dei piccoli bambini.

Seckel (*Jahrbuch f. Kinderheilk.*, vol. 136, n. 4) distingue 2 tipi: l'uno in cui il circolo è in stato di compenso, con colorito roseo, ed aumento delle quantità di sangue circolante, l'altro con scompenso circolatorio. A sua volta, questo tipo si divide in due varietà; nell'una si ha un colorito cianotico-grigio o grigio-pallido, con il quadro clinico della diminuzione collassante nella quantità di sangue circolante ed un altro tipo, con colorito pallido scialbo o cereo, con eccessiva quantità di sangue circolante.

La terapia deve tener conto di questi tipi. In quello cianotico, si eviterà di tenere il bambino sollevato e di portarlo in giro; si provvederà a riscaldarlo; se vi è forte irrequietezza, si daranno calmanti (non per iniezioni) e soprattutto aria libera; efetonina, cardiazol e simili, per via orale e solo se vi è un peggioramento acuto per via sottocutanea; nei casi gravi, adrenalina ed ipofisina per via endovenosa. Spesso, una piccola quantità di adrenalina (1/10 di cc. con 20-80 cc. di soluzione di destrosio al 10 %, agisce salvando la vita.

Nella debolezza miocardica, digitale; le iniezioni endovenose possono essere precedute da

un salasso di 5-10 cc. di sangue per Kg. di peso.

Nel tipo pallido, tener sollevato il bambino, eventualmente portarlo in giro, cataplasmi senapati, somministrazione di ossigeno per 10-15 minuti ogni ora. Digitale per bocca, nei casi gravi, strofantina per iniezioni endovenose. Salasso di 10-15 cc. di sangue per Kg. di peso, che spesso agisce in modo sorprendente. Evitare la somministrazione di eccitanti e di eccessive quantità di liquidi. *fil.*

Ulteriori osservazioni sull'uso del destrosio nella polmonite.

W. W. G. Maclachlan, G. J. Kaslin e R. Lynch (*The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, ott. 1932), ricordano che in un precedente lavoro avevano detto che i risultati della terapia della polmonite col destrosio dovevano essere giudicati dai risultati ottenuti nei casi con emocultura positiva, casi nei quali la mortalità era notevolmente ridotta nella serie dei casi studiati nel 1928-1929 in confronto della serie del 1925-28. Essi continuarono le osservazioni anche nel periodo 1929-1931, dando il destrosio in quantità di 200-400 gr. al giorno, sotto forma di limonata, in tutti i casi di polmonite, sistematicamente.

Essi hanno avuto la stessa mortalità degli anni precedenti ed ebbero un maggior numero di emoculture positive. La mortalità nei casi con emocultura negativa è stata molto più scarsa che in quelli con emocultura positiva. (Essi insistono sulla necessità di ripetere l'emocultura, se negativa, perchè spesso diventa positiva alla fine della malattia). Poichè nell'ultimo biennio di osservazioni gli AA. hanno avuto mortalità uguale ai bienni precedenti nella polmonite curata col destrosio, ritengono che questa terapia non può avere parte essenziale nella cura. R. LUSENA.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Studi sul gozzo esoftalmico e il sistema nervoso involontario.

H. T. Hymans e L. Kessel (*Journ. of the Americ Medic. Assoc.*, 13 giugno 1931) si occupano della cura dei malati di gozzo esoftalmico con disturbi del sistema nervoso involontario.

I disturbi simpaticomimetici del gozzo esoftalmico sono: fenomeni vasomotori, sudorazione, tremore, tachicardia, palpitazioni, aumento della pressione sanguigna, irregolarità cardiaca.

Questi disturbi possono esistere anche senza esoftalmo e senza aumento del metabolismo basale. Questo stato è chiamato dagli AA. squilibrio dell'autonomo; è uno stato congenito che qualche volta precede lo sviluppo del gozzo esoftalmico; però la tiroidectomia non può impedirne l'ulteriore sviluppo.

Quando si hanno questi disturbi, che ci sia o no gozzo esoftalmico, bisogna somministrare preparati iodici; si può provare l'ergotamina. Ma da questi prodotti come da quelli opoterapici si hanno scarsi risultati e ci si dovrà limitare a dare preparati bromici, a raccomandare una vita quieta e con frequenti periodi di riposo. A volte i risultati sono, dopo lungo tempo, brillanti.

Il gozzo esoftalmico rappresenta l'ulteriore sviluppo dello squilibrio dell'autonomo. In questo caso, se l'iodio non ha efficacia, è consigliabile la tiroidectomia. L'intervento ha le indicazioni seguenti: età al disopra dei 35 anni, sintomi di compressione, degenerazione maligna del gozzo, ipertensione permanente con alterazioni cardiache o epatiche, due o più esacerbazioni della malattia, inoltre tutti i casi di pazienti che devono tornare rapidamente al lavoro o che non dispongono di grandi mezzi finanziari o quando il gozzo è molto voluminoso.

Se la terapia suindicata ha ridotto del 20 % il metabolismo basale e il numero delle pulsazioni non occorre nessuna preparazione speciale all'intervento.

Subito prima o durante l'operazione si fa una fleboclisi di destrosio al 5 % in modo da introdurne 3 cc. al 1'. La digitale si darà solo se esistono fenomeni di scompenso cardiaco.

Dopo l'operazione: iodio appena il malato può cominciare a inghiottire; dopo 36 ore si sospendono le fleboclisi; inoltre si daranno sedativi. L'iperpiressia si cura coll'idroterapia.

R. LUSENA.

Ricerche sul titolo gruppo specifico del sangue nel morbo di Basedow e nell'ipertiroidismo e rapporti tra valore del titolo e metabolismo.

Il titolo di agglutinazione specifico di gruppo nel sangue umano varia da 1:4 a 1:8. Deviazioni dalla norma sono rare; si ammette in genere che il titolo di agglutinazione non possa variare per cause sopraggiunte (malattie, ecc.).

O. Hoche (*Mitt. a. d. Grenz. d. Med. u. Ch.*, vol. 42, fasc. 4) ha trovato costantemente un aumento del valore del titolo (fino a 1 : 128, 1 : 256) in 15 casi di Basedow e di adenomi tossici; l'aumento è massimo nei casi con alto metabolismo basale, ma non è strettamente in rapporto con questo, perchè, quando il metabolismo basale decresce, il valore del titolo di agglutinazione rimane sempre elevato.

Pertanto l'A. è dell'opinione che l'alto valore del titolo non sia prodotto dalla malattia per sè, ma che preesista in relazione alla peculiare costituzione del soggetto.

Il titolo di agglutinazione è dunque un fattore costituzionale fisso e come tale non influenzabile da cause esterne.

P. STEFANINI.

Ricerche cliniche e sperimentali sul problema del gozzo e del m. di Basedow.

E. Schneider e E. Widmann (*Dsch. z. f. Chir.*, vol. 231, fasc. 5-6) comunicano in questa prima parte solamente i risultati delle loro ricerche sull'importanza del contenuto di jodio nel sangue e nella tiroide nella patogenesi di questo gruppo di affezioni.

Secondo quanto hanno potuto riscontrare gli AA. negano allo jodio un'importanza così notevole come si era ritenuto fin'ora, sopratutto per i disturbi il deficit di questo alogeno può provocare secondo essi in molti casi di gozzo e m. di Basedow; il contenuto di jodio nel sangue era normale. Invece sarebbe scarso il contenuto in bromo e gli studii recenti porrebbero in piena luce l'importanza del bromo nel sangue e il significato delle sue oscillazioni in questi malati. V. GHIRON.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. M. M., Madrid:

I progressi più importanti compiuti in Italia durante gli ultimi anni per quanto riguarda la malaria sono, a nostro avviso: la dimostrazione della filtrabilità del virus malarico (G. Ascione ed E. Mariotti); l'accertamento di più varietà di *Anopheles maculipennis*, quali la var. *labranchiae* e la var. *messeae* (D. Falleroni); l'importanza epidemigena di tali varietà (A. Missiroli, con la collaborazione di L. W. Hackett, L. La Face, E. Martini); l'inefficienza della chinina quale mezzo profilattico (A. Missiroli); l'impiego del verde di Parigi per la disanofelizzazione idrica (L. W. Hackett); l'attuazione della bonifica integrale (legge Mussolini), che porta a redimere definitivamente e rapidamente il Paese dalla endemia. Altri contributi sono stati pure notevoli. Gli studi e le applicazioni concernenti la malaria trovano documentazione nella « Rivista di Malariologia ». L. VERNEY.

All'abb. n. 8369:

Sulla simpatectomia chimica alla Döpper (con isophenal) cfr. un articolo di G. Lucchese nella nostra Sezione chirurgica, 1932, p. 373; ed uno di G. Zucchi nella nostra Sezione pratica, 1928, n. 802. A. POZZI.

All'abb. n. 2755:

Il solo mezzo per mascherare le alterazioni di colorito dei capelli, dei baffi e della barba è la tintura, il cui uso, anche con preparati privi di sostanze venefiche vere e proprie può a lungo andare, riuscire non del tutto innocuo. V. MONTESANO.

Al dott. M. R. da T.:

Si rivolga per avere le istruzioni che richiede sull'apparecchio a onde corte a una delle ditte: Rangoni di Bologna (via Arienti), Meschia, Milano; Siama, Roma (via Aureliana). E. MILANI.

Al dott. M. F. da A.:

Si nota effettivamente contraddizione nei comunicati relativi agli esami che devono essere superati per l'ammissione all'esame di Stato per l'esercizio della professione di medico-chirurgo. Il regolamento è pubblicato in « Diritto Pubblico Sanitario », novembre e dicembre 1932. Le materie di esame (art. 5) sono: anatomia, fisiologia, patologia generale, anatomia patologica, igiene, farmacologia, patologia speciale medica, patologia speciale chirurgica, clinica medica, clinica chirurgica, clinica ostetrica, clinica pediatrica, medicina legale. M. P.

Al dott. A. B.:

Sulla tecnica ospedaliera è consigliabile « Nosokomeim », a carattere internazionale, editore W. Kohlhammer, Urbanstrasse 12-16, Stuttgart, Germania; si pubblica anche: « Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen », edit. Julius Springer, Springstrasse 23-24, Berlin W 9, Germania. A. POZZI.

VARIA.

Le forze metapsichiche.

(F. GORRITI. *La Semana Médica*, 1° sett. 1932).

E' molto difficile stabilire con precisione, nella storia dei tempi, le epoche esatte in cui cominciarono a manifestarsi i primi fatti chiamati sovrannaturali: la loro descrizione si confonde con la leggenda. E' però indubbiamente nelle religioni che si vede stabilito per la prima volta il carattere sovrannaturale, in quanto cioè non sottostante alle leggi determinate dalla scienza ufficiale, di alcuni fenomeni già indicati col nome di miracoli.

Ma il culto del sovrannaturale, quale scienza a sè, si può dire si inizi alla fine del secolo decimottavo, con Swedemborg ed Irving, i quali si mostravano dotati delle più strane forze psichiche latenti, quali quelle di leggere ad occhi bendati, di comunicare con gli spiriti, ed altre cose meravigliose. Furono, questi, personaggi che ebbero, ai loro tempi, fama veramente grande. Ma questi studi cominciarono ad essere divulgati solo molto più tardi, nella metà del secolo scorso, per mezzo di due sorelle americane, le Fox, dello Stato di New York, le quali avevano attirato l'attenzione su di esse con delle esperienze che apparvero allora straordinarie. E fu precisamente per loro interessamento che il 14 novembre 1849, in Rochester, fu celebrata la prima riunione spiritistica, dando così origine a quella mania che invase poi America ed Europa, delizia dei nostri padri, e disperazione dei preti.

Con Allan Kardec, nome dello spirito incarnato in Ippolito Leone Denizard Rivail, avvocato di Lione, gli studi spiritici subirono un impulso formidabile: la sua vasta opera può essere considerata quale il fondamento iniziale dello spiritismo contemporaneo, nuova dottrina, strano miscuglio di religione, filosofia e scienza, o meglio religione moderna che cerca di trovare una spiegazione scientifica ai fenomeni su cui si basa. Tutti i suoi libri sono scritti con stile e linguaggio strani, completamente differenti dall'uso corrente: si direbbe un modo di parlare che non corrisponde a quello dei vivi.

Pagine intere di queste opere sono riportate fra virgolette, perchè, dice l'autore, sono state dettate da spiriti, di cui è riferito anche il nome. Allan Kardec ammette che gli spiriti popolino lo spazio, una volta liberatisi dalle spoglie mortali, ma che possano reincarnarsi successivamente in altre persone fino a raggiungere il perfezionamento anelato dagli spiriti superiori. Esiste, egli afferma, un *perispirito*, che è una specie di materia intermediaria, eterea, vaporosa che forma un involucro fluido, che unisce l'anima al corpo: con la morte, questo perispirito si separa dal corpo per accompagnare lo spirito e così si spiega il perchè a volte lo spirito può mostrarsi in forma apparentemente corporale.

Le manifestazioni spiritistiche possono verificarsi spontaneamente o per mezzo di determinate persone, i famosi *medium*, persone dotate di attitudini speciali per produrre o provocare una certa classe di fenomeni sovrannaturali. Le proprietà medianiche sono numerose e ciascun medium ne possiede solo qualcuna. Esistono poi nello spiritismo alcuni requisiti speciali che condizionano la produzione dei fenomeni sovrannaturali: tali sono il raccoglimento, il silenzio, la fiducia nei fenomeni che avverranno, la luce attenuata.

Vi sono formule sacramentali stabilite per evocare gli spiriti e determinare i fenomeni medianici: fra questi le manifestazioni fisiche a carattere intelligente, quali la tiptologia, o linguaggio parlato per mezzo di colpi corrispondenti alle lettere dell'alfabeto, la sematologia, o linguaggio dei segni, e la pneumatologia, scrittura prodotta direttamente dagli spiriti, senza alcun intermediario (un lapis che scrive muovendosi da solo).

Ancora più frequente è il fenomeno della psicografia indiretta e diretta o manuale, prodotta sotto la influenza immediata dello spirito evocato, il quale dirige macchinalmente il braccio e la mano del medium e gli fa scrivere senza che il medium abbia la minima coscienza di ciò che fa: sono citati casi di scritti di carattere molto superiore alla coltura del medium e fatti in lingua che questi non conosceva.

Esistono poi mediums che servono agli spiriti quali mezzo di trasmissione di effetti fisici, sensitivi, auditivi (odono voci dall'esterno), locutivi (gli spiriti si servono delle corde vocali del medium, senza che questo se ne renda conto), visivi, pneumatografici.

Talvolta i mediums ricevono attraverso il pensiero delle strane comunicazioni di conoscenze che possono giungere fino alla vera e propria profezia.

Così anche esistono medium di effetti motori di traslazione e di sospensione, fenomeni che vanno sotto il nome di levitazione; medium di effetti musicali che suonano strumenti o opere di cui non erano affatto in conoscenza; medium di effetti poetici, letterari, storici, scientifici, religiosi; attività queste che si manifestano nel medium solo in stato di *trance*. Esistono degli spiriti ossessori, i più cattivi, perchè i più vicini alla terra, che spesso disturbano i fenomeni spiritici e che possono essere scacciati invocando il loro angelo custode: secondo gli spiritisti, gli alienati sono tali perchè soggiocati da qualcuno di questi spiriti ossessori.

Altro fenomeno frequentemente descritto è quello della bicorporeità e della trasfigurazione: nel primo caso lo spirito di una data persona può isolarsi dal corpo e apparire corporeamente in un altro luogo. Famose nella storia le apparizioni contemporanee in due luoghi lontani di S. Antonio e di S. Alfonso dei Liguori.

Nel campo della parapsicologia rientrano anche tutti quei fenomeni che sono comunemente indicati col nome di *telepatia*. Sono fenomeni davvero inspiegabili di cui ciascuno di noi forse potrebbe portare qualche esempio. L'essenza di questi fenomeni sfugge, per sua natura, dai comuni mezzi di sperimentazione di cui dispone la scienza, come anche dalle leggi che regolano la psicologia accademica: ma non si può negare, d'altra parte, che lo *psichismo* sia una delle risultanti delle funzioni vitali dell'uomo e che sia in intima relazione con la età della persona: sono queste questioni ben conosciute nella biofisiologia come anche nella psicologia classica.

Nulla si crea e nulla si distrugge, è il vecchio aforisma confermato sempre più dalla scienza ufficiale. E così è per le forze psichiche esteriorizzate: ogni energia mentale che si produca come conseguenza di una funzione organica non può perdersi in Natura, per quanto essa forza psichica possa apparire tenue, impalpabile, fluida. Il tutto sta nel saperla localizzare e nell'avere la nozione esatta del modo e maniera di sua persistenza ed attuazione nel tempo e nello spazio. Fenomeni indiscutibili dimostrano, senza dar luogo a dubbi, una attività speciale dello psichismo il cui studio può servire di base per la maggiore conoscenza delle *forze metapsichiche*.

G. LA CAVA.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE

I. - Concorso - Certificato di adempimenti degli obblighi di leva.

L'avviso del concorso richiedeva il certificato comprovante l'adempimento degli obblighi di leva, per accertarne la osservanza e le circostanze relative, compresa la causa della cessazione del servizio: se per scadenza del termine o per malattia. Da questo punto di vista quel certificato era destinato quasi ad integrazione e controllo dell'attestazione della idoneità fisica.

Un concorrente non produsse il certificato così richiesto. Tuttavia fu ammesso al concorso e poi nominato; ma l'amministrazione ospedaliera, in seguito ad invito dell'autorità governativa, annullò la nomina per irregolarità dell'ammissione al concorso, non essendo stato prodotto un certificato necessario.

Fu prodotto ricorso al Consiglio di Stato, in s. g. La V Sezione, con sentenza 22 aprile 1932, n. 247, lo ha dichiarato ammissibile ma lo ha respinto in merito.

Poteva l'amministrazione ospedaliera verificare, in sede di nomina, la regolarità formale e sostanziale di tutte le operazioni del concorso? La risposta è affermativa e conforme alla giurisprudenza costante, la quale correttamente ritiene che l'autorità deliberante, concludendo con atto definitivo il procedimento del concorso ha il potere — facoltà e dovere — di controllare la regolarità e la legittimità degli atti preparatori. È ovvio che non possa concludere e perfezionare un procedimento viziato.

La mancanza del certificato di adempimento dell'obbligo di leva era causa di esclusione dal concorso? « ogni requisito prescritto dal bando, dice la sentenza, è elemento essenziale del concorso e nella specie l'adempimento degli obblighi di leva doveva, secondo il bando del concorso, comprovarsi con regolare certificato ». Qui è da fare qualche riserva. I requisiti richiesti dalla legge o dal capitolato sono certamente necessari e se ne manchi alcuno il concorrente non può essere ammesso: ma il certificato è *mezzo* di accertamento di un fatto, di un requisito, di una condizione ecc. L'accertamento è possibile con altri mezzi, purchè siano equipollenti.

Infatti, la sentenza ha poi esaminata la efficacia di un *certificato* di viaggio, dal quale risultava che il concorrente aveva prestato servizio in qualità di sottotenente.

Ma questo atto non è stato considerato idoneo al fine voluto dall'amministrazione. La risoluzione, tenuto conto delle circostanze del caso concreto, è da approvare, purchè si intenda confermata la regola della efficacia di atti equivalenti, anche se siano richiesti speciali certificati.

Si è ritenuto che nemmeno il diploma di laurea in originale o in copia notarile sia necessario, se il titolo di abilitazione risulta in modo non dubbio.

Risposte a quesiti per questioni di massima.

1° *Dottor V. L.* — La legge stabilisce che il Podestà deve approvare due elenchi: uno per l'assistenza sanitaria, l'altro per la somministrazione dei medicinali ai poveri. Nel 1924 il Ministero dell'Interno, con apposita circolare, invitò le amministrazioni dipendenti ad applicare le vecchie norme che disponevano la formazione di un solo elenco, sino alla pubblicazione del regolamento che dovrà disciplinare la formazione degli elenchi distinti, al fine di evitare esorbitanze.

L'elenco deve essere approvato dal Podestà nel mese di dicembre di ciascun anno. Sono ammesse revisioni, per condizioni sopravvenute. Se l'elenco è eccessivo, reclami al Prefetto.

2° *Dottor G. D. N.* — Si tratta di prestazione fuori dei doveri normali. È, quindi, dovuta retribuzione speciale. A rigore, questa dovrebbe corrispondere allo stipendio attribuito al titolare che Lei sostituisce. Generalmente, però, sono stabilite condizioni particolari. È bene che Lei richieda un regolare provvedimento.

3° *Dottor P. B.* — La legge non stabilisce un limite di età. Sono, quindi, pienamente efficaci le regole e le eccezioni risultanti dal regolamento locale. Poichè questo condiziona l'ammissione al concorso al limite di età, ma soggiunge che tale limite è escluso per quei sanitari che prestino servizio in ospedali, è da ritenere che l'assistente volontario gratuito, pur essendo compreso fra il personale straordinario e senza retribuzione, abbia diritto di partecipare al concorso, indipendentemente dal limite di età. La esenzione presuppone soltanto il fatto obbiettivo della prestazione del servizio in ospedale: questa condizione si verifica anche per l'assistente volontario.

Nel caso di esclusione, se questa è notificata dall'amministrazione, si può ricorrere direttamente al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale nel termine di giorni 60.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuite.**

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

In tema di pubblici concorsi ospedalieri.

I chirurghi ospedalieri e soprattutto i giovani che intendono percorrere una carriera ospedaliera debbono essere profondamente grati all'illustre prof. Roberto Alessandri per quanto ha scritto nel fascicolo 50 di questo giornale (pag. 1972).

Commentando il caso denunciato dal chiar.mo prof. Tansini, di un valoroso collega, il quale è stato eliminato da un importante concorso di chirurgo primario per non essere riuscito nella prova di medicina operatoria a rintracciare in un cadavere male conservato un'arteria tiroidea inferiore rudimentale, giustamente il prof. Alessandri ribadisce nel suo articolo alcuni limpidi concetti da lui già espressi in questo stesso periodico, circa un anno fa, a proposito di inconvenienti verificatisi in concorsi a primario per gli Spedali di Roma.

Non v'è chi non possa non approvare le importanti conclusioni dell'illustre Clinico di Roma. Ma, oltrechè alle *modalità* dei concorsi — valutazione dei titoli, svolgimento delle prove d'esame, composizione delle Commissioni giudicatrici — vi sono molte altre gravi questioni che riflettono i bandi di concorso e che attendono da tempo una urgente soluzione: limiti d'età, libertà dell'esercizio professionale, percentuali sulle cure operatorie, ecc. Ora, tutte queste questioni non potranno essere definite, se non con un *Regolamento unico* che abbia valore di legge per tutti gli Ospedali del Regno e dal quale non possano derogare le singole Amministrazioni ospedaliere. Se pure tutti gli Spedali non hanno la stessa importanza, se pure la loro funzione non è assolutamente identica, tuttavia si potranno pur sempre fissare *norme generali comuni* atte a tutelare gli interessi morali e materiali dei sanitari, sottraendoli alle troppo mutevoli direttive dei Consigli di amministrazione delle Opere Pie.

Questi voti sono stati recentemente espressi in un ordine del giorno che ebbi l'onore di presentare alla Società Italiana di Chirurgia nella sua adunanza del 22 ottobre u. s., presieduta appunto dal prof. Alessandri, e che ottenne l'unanime consenso di tutti i colleghi presenti.

Non v'è, dunque, che da attendere il benevolo responso delle Superiori Gerarchie, fidando nell'autorevole ed ambito appoggio che ora ci viene, spontaneo, dai Maestri della Chirurgia Italiana.

Firenze, 12 dicembre 1932 - XI.

Dott. GIOVANNI CAVINA.

Sulle stesso argomento abbiamo ricevuto una lunga lettera del prof. G. Morone di Pavia; ragioni di spazio ci obbligano a rimandarla al prossimo numero.

La Redazione

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

La disciplina degli impianti di radiologia e radiumterapia.

Nel corso dell'ultima sessione il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di provvedimento concernente la disciplina degli impianti di radiologia e radiumterapia.

L'importanza dello sviluppo assunto da alcune cure fisiche e gli inconvenienti a volta verificatisi per la inopportuna o poca coscienziosa applicazione di esse, hanno indotto il Governo a prendere in esame le disposizioni legislative già vigenti al riguardo, per quelle integrazioni e modifiche valevoli ad assicurare nel pubblico interesse una più severa e precisa disciplina dell'importante parte che riguarda la utilizzazione e le applicazioni radiologiche e dei preparati di radio.

Il provvedimento approvato tende sostanzialmente, in confronto alle disposizioni contenute dall'art. 8 della legge 16 luglio 1916, ad assicurare una più completa vigilanza su tutti gli impianti per l'impiego delle radiazioni.

Vengono pertanto sottoposti a preventiva autorizzazione del Prefetto la apertura e l'esercizio di gabinetti medici in genere, dove si applicano anche saltuariamente la radioterapia e la radiumterapia; come si richiede la medesima preventiva autorizzazione per la detenzione di sostanze radio-attive allo scopo di cederle a qualsiasi titolo, anche in temporaneo uso, ad Enti o a privati.

Si rende poi obbligatoria la denunzia degli apparecchi usati soltanto per radiologia e ciò sia per l'opportunità di conoscere il numero e le caratteristiche di essi, per eventuale utilizzazione in caso di necessità, e per poterne controllare l'installazione dal punto di vista della incolumità dei pazienti.

L'autorizzazione e la denunzia costituiscono il presupposto per l'esercizio della azione di vigilanza che maggiormente si dimostri necessaria per impianti radiologici in genere; onde i possessori di detti impianti vengano sottoposti anche al pagamento di una tassa annuale di ispezione.

Si richiede inoltre che i medici che utilizzano i raggi X e il radio a scopo terapeutico, devono essere provvisti del titolo di specializzazione in materia o del riconoscimento della qualifica di specialisti, ai sensi e nei modi previsti dal Regio Decreto 21 agosto 1929.

Lo schema di provvedimento legislativo approvato che realizza ed attua molti voti e richieste formulate da consessi e da eminenti personalità del mondo medico e scientifico, contiene altresì, allo scopo di assicurare l'osservanza di tutte le disposizioni contenute, opportune penalità nei riguardi dei contravventori.

È prevista infine la compilazione di un regolamento che conterrà le norme di dettaglio per la esecuzione delle disposizioni stesse e per la loro coordinazione con quelle riguardanti la disciplina degli stabilimenti di cure fisiche e affini, contemplate dalla legge 16 luglio 1916.

Sull'esercizio dell'odontoiatria.

Ad una interrogazione dell'on. prof. Perna il sottosegretario di Stato all'Interno on. Arpinati ha fatto pervenire la seguente risposta scritta:

« Si assicura l'on. Perna che il Governo Fascista terrà presente la necessità di norme transitorie, atte a definire, come ragioni di equità consigliano, la situazione degli odontojatrici che si trovano in determinate condizioni. Però queste norme non saranno, comunque, tali da ledere i principi informatori dell'ordinamento legislativo che lo Stato ha voluto nel pubblico interesse e per la valorizzazione della odontojatria ».

CONCORSI.

Posti vacanti.

Acerenza (*Potenza*). — Scad. 15 gen.; L. 5280 già ridotte del 12 %, 6 quadrienni dodicesimo, età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Arezzo. *RR. Spedali Riuniti di Santa Maria sopra i Ponti*. — A ore 18 del 28 feb.; medico primario; L. 12.000, 4 quadrienni dec., c.-v.; età lim. 40 a. al 1° dic.; doc. a 3 mesi; tassa L. 50,10. Chiedere ann.

Bolzano. *Comune*. — Al 30 gen., ore 18, due condotte; L. 7500 e 5 quadr. dec., addizion. L. 6 oltre il 20 % della popolaz., L. 2000 trasp., Lire 3000 alloggio con obbligo di ambulatorio; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. a 6 mesi dal 10 dic.

Brescia. *Opere Pie Raggruppate « Ospedale dei Bambini Umberto I ed Istituto Rachitici »*. — Scad. 15 gen., ore 17; assistente nella Sez. med. e assistente nella Sez. chirurg.; L. 4500, partecip. 5 %, guardie di L. 25; età lim. 40 a.; tassa L. 50. Chied. annunzio.

Campagnatico (*Grosseto*). — A tutto 31 gen.; 1ª cond.; L. 9700 da decurtare del 12 %, 5 quadrienni dec., c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 1° dic.

Capodimonte (*Viterbo*). — Scad. 10 marzo, Lire 10.500 da ridurre del 12 %, oltre L. 400 uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Casoria (*Napoli*). — Scad. 10 gen.; rivolgersi al Comune.

Cervo (*Imperia*). — Per titoli. Stipendio lordo annue L. 7920, già decurtato del 12 %, oltre indennità di L. 3000 annuali per concorso nelle spese di mantenimento dell'autoveicolo, da provvedersi a spese del medico. Età massima anni 35, salve le eccezioni di legge. Lo stipendio-base sarà aumentato di un ventesimo per ogni biennio, e per dieci bienni. Documenti di rito. Tassa di concorso L. 50,10. Scadenza 31 gennaio 1933. Per maggiori informazioni, rivolgersi alla Segreteria del Comune.

Cittaducale (*Rieti*). — A tutto 28 feb., 1ª cond.; L. 9500 per 500 pov., 5 quinquenni dec., L. 3000 trasp.; riduz. 12 %; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 5 dic.; età lim. 40 a.

Dovadola (*Forlì*). — A tutto 30 gen.; 1° reparto; L. 10.000 e 10 bienni ventes., oltre L. 3000 direz. Ospedale, c.-v.; età lim. 35 a.; 4 anni di serv. chirurgico in cliniche od ospedali; doc. a 3 mesi dal 30 nov.; tassa L. 50,10. Chied. annunzio.

Fabriano (*Ancona*). *Ospedale Civile « Umberto I »*. — Posto di medico primario; stipendio iniziale L. 10.000, aumentabile di 10 bienni di 1/20 ciascuno; indennità per consulti a malati poveri fuori del Nosocomio L. 2000; 70 % sugli onorari per cura abbienti in ospedale; 50 % provento ambulatorio medico; 40 % incassi laboratorio chimico. Ritenute legge. Seguirà la nomina retribuita a direttore dell'ospedale. Documenti di rito: libera docenza in clinica o patologia medica o certificato di essere stato aiuto o assistente effettivo per almeno quattro anni in Clinica medico-universitaria o di un reparto medico di ospedale di almeno 300 letti. Pratica di laboratorio e di radiologia. Scadenza del concorso 31 gennaio 1933. Informazioni presso la Segreteria della Congregazione di Carità.

Fiume. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli ed esami. Assistente della Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi del Carnaro. Stipendio iniziale lordo annuo lire 14.000, soggette alla riduzione del 12 %. Quattro aumenti quadriennali del decimo. Supplemento di servizio attivo L. 2000; caro-viveri come al personale dell'Amministrazione. Premi di operosità su analisi di interesse privato. Età dai 21 ai 35 anni, salvo eccezioni di legge. Scadenza ore dodici del 31 gennaio 1933. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria generale dell'Amministrazione provinciale.

Greccio (*Rieti*). — Scad. 15 gen.; L. 10.500 ridotte come per legge e 5 quadrienni dec., L. 3500 cavalc., L. 400 se uff. san

Gualdo Cattaneo (*Perugia*). — Scad. 15 feb.; capoluogo; L. 9500 e 3 quinquenni dec., oltre L. 600 serv. att., c.-v.; riduz. 12 %, L. 500-2000-4000 trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 10 dic.

Magenta (*Milano*). *Ospedale Civile « Giuseppe Fornaroli »*. — Scad. 31 gen., ore 17; assistente; L. 8000 oltre L. 2000 serv. att., alloggio ecc., partecipaz. 10-30 %; età lim. 35 a.; votazioni esami spec. e di laurea; triennio di radiologia e in laboratorio di microscopia e batteriologia in Istituti Ospitalieri; doc. a 3 mesi. Chied. annunzio.

Massa e Cozzile (*Pistoia*). — Scad. 10 feb.; lire 7000 e trienni ventesimo senza limitazioni, oltre L. 3000 trasp., L. 700 uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

Matelica (*Macerata*). — Al 15 gen.; condotta di campagna; L. 7000 oltre L. 2500 cavalc., c.-v., 3 quadrienni dec., se uff. san. L. 1200; deduz. 12 %.

Moliterno (*Potenza*). — Scad. 15 gen.; per Sarconi; L. 6000 e 6 quadrienni dodices.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Noale (*Venezia*). — Scad. 15 gen.; rivolgersi Segreteria.

Novara. *Comune*. — Al 28 febbraio, per Lumellogno; L. 8000, oltre c.-v., L. 3500 trasp., L. 150 ambulat.; assegno L. 1000 ogni 500 poveri oltre il limite di 400; riduz. 12 %; casa d'abitazione nel concentrico del paese con affitto, ora, di L. 1125. Tassa L. 50.

NUORO. *R. Prefettura.* — Scad. 15 febb.; ufficiali sanitari pel capoluogo e per i comuni di Bortigali, Gavoi, Ierzu, Macomer, Oliena, Orani; stipendi rispettiv. L. 12.000, 1000, 2640, 3000, 5000, 3000, 5000; al 1° posto è anche annessa l'indenn. serv. att. L. 1800; titoli ed esami; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10 al Tesoriere Comunale. Chied. annunzio.

PECCIOLI (*Pisa*). — Scad. 15 feb.; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2000 trasp.; età lim. 35 anni.

PIACENZA *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Scad. 28 feb., ore 17; aiuto medico; titoli ed esami; L. 14.000 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 20 dic.; chiedere annunzio.

PIOMBINO (*Livorno*). — Da oggi e sino a tutto il 31 gennaio 1933 è aperto il concorso per titoli per il conferimento del posto di Medico chirurgo della quinta condotta, a cura residenziale, del Comune di Piombino. (Per le condizioni vedere N. 49 dello scorso 1932).

PORDENONE (*Udine*). — Al 10 genn.; 2° reparto: L. 13.182 complessive lorde e 6 aumenti del decimo; tassa L. 50.

RAVENNA. *Comune.* — Scad. 10 feb.; per S. Alberto Servarna; L. 8000 oltre L. 1250 serv. att., 10 bienni ventesimo; riduz. 12 %; trasp. L. 2500; età lim. 40 a. al 5 dic.; tassa L. 50.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni* (Ferrovie dello Stato). — Concorsi per titoli ai seguenti posti di Medico di riparto:

Rubiera (Bologna); Siena III (Firenze); Imperia P. M., Olivetta S. Michele, Zoagli, Monterosso al Mare (Genova); Voghera II (Milano); Marcianise (Napoli); Rosignano Solway, Vada (Pisa); Brancaleone, Palmi (Reggio Calabria); Montalto di Castro II, Monterotondo, Viterbo I, Ciampino, Barbarano (Roma); Gorizia Centrale (Trieste); Castello di Godego, Venezia Mestre III (Venezia). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 20 gennaio 1933.

S. GIORGIO LOMELLINA (*Pavia*). — Scad. 14 gen.; L. 11.000 e 5 quadrienni dec., c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

SANTA CRISTINA GELA (*Palermo*). — Proroga 28 feb.; v. fasc. 37 del 1932.

SARONNO (*Varese*). — Scad. 31 genn. ore 15; 1ª cond.; L. 8000 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %, tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 20 dic.; età lim. 35 a. Chied. annunzio.

SANTULUSSURGIU (*Sassari*). — Scad. 31 gen.; L. 7920 oltre c.-v. L. 759,20 e 4 quadrienni dec.; tassa L. 50,10.

SAVONA. *Amministrazione Provinciale.* — Posto di coadiutore nella Sezione Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Stipendio di L. 12.000 iniziali; indennità serv. att. lire 2000; indennità caro-viveri nella misura e con le limitazioni stabilite per gli altri dipendenti della Provincia; il tutto ridotto del 12 per cento a norma di legge. Cinque aumenti triennali del decimo; compartecipazione sui proventi delle analisi per conto di privati. Tassa di concorso L. 50,10. Scadenza del concorso 4 febbraio 1933-XI. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria della Provincia di Savona.

SURBO (*Lecce*). — Scad. 12 gen.; età lim. 45 a.; L. 8500 e 4 aumenti decimo.

TORINO. *Ospedale Psichiatrico.* — Scad. 15 feb.; due medici capi sezione 2ª classe; L. 9600 oltre c.-v. in L 3360 se celibi, L. 4094 se coniugati e L. 2000 serv. att.

TREVI (*Perugia*). — Al 15 gen., ore 19; 2ª condotta; L. 9000 e 5 sessenni dec., c.-v., L. 500-2000-4000 trasp., L. 2100 serv. att.; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 15 nov.; tassa L. 50,10.

UDINE. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Posto di Coadiutore presso la Sezione medico-micrografica del Laboratorio provinciale di igiene e profilassi. Stipendio L. 12.500. Indennità serv. att. L. 3000 più il 15 % sui proventi di Laboratorio. Sei aumenti periodici del decimo. Riduzione 12 %. Divieto di libero esercizio professionale. Tassa concorso L. 50. Scadenza ore diciotto del 15 gennaio 1933.

VICENZA. *Ospedale Psichiatrico Prov. di S. Felice.* — Scad. 14 gen.; L. 11.000 oltre L. 2000 serv. att., rivolgersi segreteria dell'Ammin. Prov

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

FILADELFIA. *Collegio Medico.* — Concorso ad un *premio Alvarenga*, dell'importo di circa 300 dollari, per lavori su qualsiasi ramo della medicina, ancora inediti. Scad. 1° maggio 1933. Chiedere condizioni al Dr. John H. Girvin, Secretary, College of Physicians, 19 South 22d Street, Philadelphia, Pa., S. U. d'A.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il nostro Sovrano ha conferito la commenda dell'Ordine della Corona d'Italia ai due fratelli William e Charles Mayo, di Rochester. La consegna delle onorificenze ai due chirurghi di fama mondiale è stata fatta dal console italiano di St. Paul, cav. Castigliano, e ha dato luogo a una simpatica cerimonia, durante la quale i fratelli Mayo — in risposta alle cortesi espressioni del nostro Console — hanno auspicato all'avvenire della Nazione italiana.

Sono stati pure nominati commendatori nell'Ordine della Corona d'Italia il prof. Giovanni Piantoni, docente di patologia chirurgica, chirurgo dell'Ospedale Bambino Gesù a Roma, capo della colonia chirurgica Jolanda di Savoia di Santa Marinella; e il prof. Michele Pavone, docente di medicina operatoria a Palermo.

È nominato cavaliere nell'Ordine Mauriziano il prof. Francesco Patti, docente di clinica ostetrica e ginecologica a Catania.

Il prof. Domenico Tanturri, di Napoli, è stato insignito della croce di cavaliere del Sovrano Ordine Militare di Malta.

Ai neo insigniti i nostri rallegramenti vivissimi.

Sono stati trasferiti, col loro consenso, i proff. Comolli Antonio, S. di Patologia speciale chirurgica, da Modena a Padova; Franco prof. Enrico Emilio, O. di Anatomia patologica, da Sassari a Bari; Maggiore prof. Luigi, O. di Clinica oculistica, da Bari a Pisa; Simon prof. Italo, O. di Farmacologia a Padova, alla cattedra di Farmacologia e Materia medica a Pisa; Uffreduzzi prof. Ottorino, O. di Patologia speciale chirurgica alla cattedra di clinica chirurgica nella stessa Università di Torino.

Il prof. D. Maestrini, direttore e primario medico dell'Ospedale Civile di Teramo, già docente in fisiologia ed in clinica della tubercolosi ha, in questi giorni, conseguito all'unanimità la libera docenza anche in patologia speciale medica. Rallegramenti all'insigne studioso.

Il premio Sophie A. Nordhff-Jung, per gli studi sul cancro pubblicati nell'ultimo anno, è stato assegnato ad unanimità al prof. Max Askanazy, patologo dell'Università di Ginevra.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Cagliari.

Cose universitarie.

È stato inaugurato l'Istituto di Radiologia della R. Università. Era presente, oltre alle numerose autorità, il presidente della società italiana di radiologia prof. Siciliano, giunto appositamente a Cagliari per la circostanza.

Ha tenuto il discorso inaugurale il prof. Ottavio Businco direttore incaricato dell'Istituto; indi il prof. Siciliano ha portato il saluto della società di radiologia esprimendo il suo compiacimento per la efficienza degli impianti e per la decorosità dei locali.

NOTIZIE DIVERSE.

Discorsi inaugurali dell'anno accademico 1932-33.

Tra i discorsi inaugurali del nuovo anno universitario, segnaliamo i seguenti: a Cagliari, Castaldi prof. Luigi, « L'uomo sardo »; a Catania, Di Guglielmo prof. Giovanni, « La crisi della medicina nel quadro generale della cultura contemporanea; a Modena, Ravenna prof. Ettore, « L'istologia patologica in Italia »; a Palermo, Leotta prof. Nicola, « L'individualità costituzionale nella dottrina e nella pratica chirurgica »; a Parma, Decio prof. Cesare, « L'insidia alle fonti della vita »; a Perugia, Crosti prof. Agostino, « Sviluppi ed espressioni della dermatologia in clinica »; a Torino, Herlitzka prof. Amedeo, « La fisiologia nella dottrina e nelle applicazioni »; a Trieste, Luzzatto Fegiz prof. Pierpaolo, « La dinamica della popolazione ».

Associazione ospedaliera internazionale.

L'Associazione ha indetto il 3° congresso dal 28 giugno al 3 luglio 1933 a Knoche s. Mer (litorale belga). In questa riunione verrà esaminato il lavoro delle Commissioni di studio dell'Associazione, per giungere a risultati pratici, sotto forma di direttive, aventi valore internazionale. Il congresso sarà seguito da un viaggio di studi, della durata di 5 giorni, in Olanda. Per informazioni rivolgersi al presidente, Dr. René Sand, avenue Velasquez 2, Paris 8e, Francia; oppure al segretario generale, Dr. E. H. L. Corwin, 103d St. 2 E, New York, S. U. d'A.

L'Associazione ha organizzato un corso che si è svolto dalla fine di settembre ai primi di ottobre del 1932, in Francoforte sul Meno; le lezioni sono state pubblicate, insieme ad articoli integrativi, nel fascicolo di ottobre di « Nosokomeion », organo dell'Associazione, edito da W. Kohlhammer (Urbanstr. 12-16, Stuttgart, Germania).

Società Internazionale von Pirquet.

Venne costituita a Vienna da amici e discepoli del compianto prof. Clemens von Pirquet, in occasione dell'ultimo Congresso tedesco di pediatria; ha per scopo la diffusione delle idee scientifiche del maestro viennese e di tenerne viva la memoria con riunioni, la prima delle quali è indetta a Vienna per il maggio 1934.

Corsi complementari d'igiene pratica.

Un corso per aspiranti ufficiali sanitari avrà luogo nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Roma dal 30 gennaio al 1° aprile; tasse complessive L. 330 (da versare al Banco di S. Spirito, via dell'Università 10, Roma); modalità consuete.

Se le domande d'iscrizione supereranno il numero di 100, le ammissioni avranno luogo secondo l'ordine di presentazione delle domande stesse.

Un altro corso bimestrale avrà luogo nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Pisa dal 1° aprile al 31 maggio; tassa L. 300 da corrispondere alla Cassa Universitaria (Cassa di Risparmio di Pisa).

La profilassi antimalarica nell'Agro Pontino affidata alla Croce Rossa.

Il Capo del Governo ha ricevuto il sen. Cremonesi, presidente della Croce Rossa Italiana, la qua-

le assume con il 1° gennaio il servizio di profilassi antimalarica nell'Agro Pontino.

Tutta l'organizzazione sarà convenientemente attrezzata a questo scopo, per garantire la salute soprattutto degli operai temporaneamente addetti ai centri ed alle nuove case coloniche, nella zona in corso di bonifica.

La bonifica delle Paludi Pontine.

Traendone argomento dal disegno di legge per la costituzione del Comune di Littoria, il prof. Marchiafava ha espresso la sua fervida ammirazione per l'impresa di risanamento e di redenzione delle Paludi Pontine, la quale s'inquadra nella grandiosa opera della bonifica integrale attuata dal Regime.

Il nuovo Comune è stato inaugurato solennemente dal Capo del Governo il 18 dicembre.

Un centro di studi a Fiuggi.

La Società Anonima Fiuggi, sull'esempio di altre stazioni idrotermali, ha deciso la fondazione di un istituto di ricerche scientifiche al quale intende assicurare i più pratici sviluppi.

Sono stati chiamati alla Direzione del Comitato di consulenza generale l'accademico d'Italia S. E. Nicola Parravano, direttore dell'Istituto Chimico della R. Università di Roma e il prof. Cesare Frugoni, direttore della Clinica Medica di Roma.

L'Istituto sarà fornito di un completo strumentario per ricerche biochimiche e fisico-chimiche affidate al prof. Silvestro Silvestri della R. Università di Roma, e avrà anche un reparto clinico, a spese della S. A. Fiuggi, che permetterà lo studio e il controllo metodico e rigorosamente scientifico dell'azione delle acque. Tale reparto è gratuito per gli ammalati poveri.

All'Università Johns Hopkins.

Il 28 ottobre furono solennemente inaugurate, all'Università Johns Hopkins di Baltimora, la Clinica Medica Osler, la Clinica Chirurgica Halstead e l'Istituto Henry M. H. Hurd organizzato per conferenze e documentazioni, con un'aula di 400 posti. Tennero i discorsi inaugurali il clinico chirurgo I. M. T. Finney e il clinico medico emerito W. S. Thayer. I tre grandiosi istituti hanno importato la spesa complessiva di circa 100 milioni di lire it. (« Journ. A. M. A. », 19 nov. 32).

Al sanatorio di Vialba.

Il Principe di Piemonte, durante una breve sosta fatta a Milano, ha visitato, fra altre istituzioni, il Sanatorio di Vialba, fondato dalla Cassa Nazionale delle Assicurazioni sociali. Venne accompagnato dal direttore generale della Cassa, dott. Meldolaghi, dal Prefetto S. E. Fornaciari, dal direttore dell'Istituto prof. Perin. I varî reparti furono oggetto dell'attenzione dell'augusto visitatore, che si è compiaciuto di esprimere il suo alto compiacimento per la grandiosa e magnifica opera di solidarietà sociale.

Al Sanatorio di Monfalcone.

S. A. R. la Duchessa d'Aosta ha visitato l'Ospedale Civico e Sanatorio « Vittorio Emanuele III » in Monfalcone; fu ricevuta dal commissario prefettizio Libretti, dal direttore dott. Viglione e da tutti i medici. La Duchessa d'Aosta ha visitato minutamente tutti i padiglioni del Nosocomio e si è compiaciuta di manifestare il suo convinto compiacimento per la bella opera del Regime.

La colonia sanatoriale di Bassano.

È stata ampliata la Colonia sanatoriale « Principe di Piemonte » in Bassano sul Grappa.

Furono allestiti un padiglione maschile per 40 posti completi con sale di soggiorno, refettori, bagni, ecc.; una veranda di riposo per donne, comprendente 20 posti; un fabbricato per alloggio dei medici e servizi generali; un altro per alloggio del personale di servizio, lavanderia e bagni; e un terzo per disinfezione e sterilizzazione di stoviglie e incenerimento di rifiuti. In totale 17 opere, per il prezzo complessivo di 640.800 lire.

Il laboratorio d'igiene di Savona.

È in via di ultimazione a Savona il Laboratorio d'igiene e profilassi, sorto a cura dell'Amministrazione provinciale in un'area di via S. Lorenzo, che, se ha importato serie difficoltà costruttive per la natura del terreno totalmente roccioso ed in forte pendio, offre il beneficio della centralità problema che sarebbe stato ben difficile risolvere altrimenti. Occupa una superficie di 330 metri quadrati e s'inalza per tre piani con un volume complessivo di 2680 metri cubi. Importa una spesa di 550.000 lire. I nuovi locali sono provvisti di tutti i moderni impianti per il funzionamento delle sezioni chimica e micrografica. Al primo piano del fabbricato trova sede il dispensario d'igiene sociale che è il centro diagnostico per l'accertamento dei malati di petto. Il preside della Provincia, prof. Agnino, che nella sua qualità di presidente del Consorzio Antitubercolare, ha rivolto il suo particolare interessamento alla soluzione del problema, ha disposto per corredare il dispensario dei richiesti mezzi di indagine batterioscopica e radiologica e di tutti i presidî medici necessari.

Il laboratorio d'igiene di Siracusa.

Sta sorgendo nell'interno della città, al Corso Umberto I, e risulta di un fabbricato principale a tre piani ed un attiguo padiglione a piano rialzato.

Il fabbricato principale comprende: al piano terreno: l'Istituto di Igiene Sociale, una Sezione di bagni pubblici, una stazione di disinfezione; al primo piano: il Laboratorio di Igiene e Profilassi con le due sezioni medico-micrografica e chimica; al secondo piano; le sedi del Consorzio provinciale antitubercolare e della Federazione dell'Opera Maternità ed Infanzia, un dispensario antimalarico permanente ed un dispensario antitracomatoso.

Nel padiglione annesso al grande fabbricato dovrà impiantarsi un sanatorio a « solarium » per l'elioterapia di bambini predisposti alla tubercolosi, nel quale però i piccoli saranno ricoverati solo di giorno.

Il progetto dell'edificio ammonta a L. 520.000.

Donazioni e legati.

Il sig. Giuseppe Zamboni, deceduto a Valeggio sul Mincio, ha lasciato un milione di lire all'ospedale Morelli-Bugna di Villafranca Veronese e altra notevole eredità ad altri Istituti di beneficenza ed al Comune di Valeggio.

L'avv. Antonio Crocetti, di Ascoli Piceno, ha lasciato erede universale del suo patrimonio, ascen-

dente ad oltre un milione di lire, l'Ospedale Maggiore di Milano, che da lui era stato visitato occasionalmente, riportandone un'impressione delle più favorevoli. Ha disposto che dell'atto benefico possano avvantaggiarsi i piceni bisognosi residenti a Milano.

Il sig. Alberto Pardo, di Trieste, deceduto negli Stati Uniti d'America, ha lasciato un cospicuo legato per la costruzione a Trieste di un Ospedale per tubercolotici, in memoria del defunto Lionello Pardo.

L'impresa Gabardino e Sciacqualuga ha fatto una nuova oblazione di cinquantamila lire all'Associazione genovese contro la tubercolosi « Camillo Poli ».

Il capitale di fondazione della Croce Rossa Americana.

L'ultima relazione della Croce Rossa Americana informa che il capitale di fondazione di questa Società, istituita nel 1919 con un atto del Congresso (Parlamento), ammontava il 30 giugno 1932 a 7.350.774 dollari, ossia circa 140 milioni di lire it. Detta somma comprende, da una parte, l'ammontare delle quote dei soci a vita e benefattori; dall'altra, le donazioni e i legati a favore del sodalizio. Secondo i termini dell'atto di fondazione, il capitale è intangibile: soltanto gl'interessi possono essere erogati. Fino ad ora le spese sono state molto ridotte, in rapporto alle entrate: nell'esercizio 1931-32 rappresentarono appena un settimo delle entrate.

Costituzione della Croce Rossa ad Haiti.

È stata costituita la Croce Rossa Haitiana. Alla cerimonia intervenne il presidente della Repubblica, Sténio Vincent, accompagnato dai ministri. Il Consiglio amministrativo fu così costituito: presidente dott. R. Charmant; vice-presidenti sig.ra E. Rouzier e sig. E. Mangonés; tesoriere sig. Frank J. Martin.

Per la denunzia obbligatoria della tubercolosi in Francia.

Il Consiglio superiore dell'igiene pubblica in Francia ha dato, all'unanimità, parere favorevole all'adozione della denunzia obbligatoria della tubercolosi.

Verso l'Ordine dei Medici in Francia.

La Camera francese dei deputati, nella seduta del 9 dicembre, ha adottato la proposta di legge dell'on. Xavier Vallat e altri deputati, per l'istituzione dell'Ordine dei Medici.

Associazione Medica Venezuelana.

Allo scopo di contribuire al progresso scientifico del Paese e di tutelare gl'interessi generali della corporazione medica, si è fondata a Caracas l'« Asociación Médica Venezolana »; presidente è stato nominato il Dr. H. Rivero Saldivia; segretario il dott. E. I. Benarroch.

Nella stampa sanitaria.

Viene annunziata la pubblicazione della « Revue Française de Chirurgie Réparatrice, Plastique et Esthétique », a cura di una Società scientifica omonima, presieduta dal dott. Dartigues e di cui è segretario il dott. Ch. Claoué. Per informazioni rivolgersi al presidente (rue de la Pompe 81, Paris XVIe), od al segretario (rue Singer 1, Paris XVIe). Nel periodico collaboreranno specialisti della Francia e di altri Paesi.

Commemorazione di Roberto Koch.

La Reale Accademia Medica di Genova ha consacrato la seduta inaugurale alla celebrazione del cinquantenario della scoperta del bacillo di Koch. Alla seduta intervennero alte personalità, tra cui il Prefetto, il Rettore dell'Università, il Preside della Provincia ecc. Il prof. Pende trattò dell'opera delle scuole cliniche italiane nelle applicazioni della scoperta; il prof. Capocaccia illustrò i principali fatti riferentisi alla biologia del bacillo; il sen. Maragliano prospettò la prossima vittoria contro il germe insidioso. La seduta si chiuse con un telegramma del presidente dell'Accademia, prof. Pende, al Capo del Governo.

Commemorazione di Röntgen.

In occasione del 10° anniversario della morte di Röntgen, che ricorre il 10 febbraio, la « Bayerische Gesellschaft für Röntgenologie und Radiologie » ha deciso di tenere un'adunanza commemorativa, l'11 febbraio. La « Bayerische Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheikunde » ha stabilito di tenere una seduta subito dopo, il 12 febbraio, e di destinarla esclusivamente alle applicazioni dei raggi in ginecologia ed ostetricia. Le riunioni avranno luogo nella grande aula della Clinica ginecologica universitaria. Per informazioni rivolgersi al Dr. Friedrich Woltz, Strahleninstitut der Universitäts-Frauenklinik, Maistrasse 11, München, Bayern, Germania.

In onore di d'Arsonval.

Il Congresso di fisioterapia adunatosi a Chicago ha deciso di destinare un volume speciale per il giubileo scientifico del prof. d'Arsonval, fisiologo e fisico di raro valore.

Un altro medico centenario.

All'Accademia di Medicina di Parigi è stato celebrato il centenario del prof. Léon Labbé, reputato chirurgo. Il prof. J. L. Faure ne ha pronunziato l'elogio, in presenza di un pubblico da grandi occasioni.

Scoperta di un'opera di Galeno.

All'Accademia delle Scienze di Berlino il dott. R. Walzer ha annunziato di avere scoperto la traduzione in lingua araba di un'opera completa di Galeno, intitolata « Sull'empirismo medico ». Galeno fa esporre, da empirici della medicina, le loro vedute; poi le confuta. Dà inoltre alcune notizie di storia della filosofia, con particolare riguardo agli scettici, e alcuni frammenti, che non erano conosciuti, degli scritti di Democrito e Diogene.

Medico ucciso.

Il dott. Carlo Mancuso, medico condotto a Carlopoli (Catanzaro), è stato ucciso con un colpo di fucile da un contadino, certo Carlo Leo, a quanto sembra per questioni d'onore.

Infortuni di sanitari.

Il dott. Eberle, medico capo (primario) dell'Ospedale di Müsterlingen (Turgovia, in Svizzera) è rimasto ucciso durante l'esame radiografico di

un malato, a causa di un contatto difettoso: egli toccò, col braccio nudo, il punto di contatto e il quadro metallico di un apparecchio radiografico, collegato con la terra; la corrente, di soli 145 volta, determinò l'arresto del cuore; la morte è stata istantanea. Le circostanze dell'infortunio sono state chiarite da un'inchiesta.

Frodi mediche nelle assicurazioni.

Nello « Scalpel » del 17 dic. 1932 l'ispettore medico di una Federazione di mutue-malattie comunica alcuni risultati del lavoro da lui compiuto in pochi mesi. Spigoliamo certi casi tipici, che valgono a provare quanto si debba essere cauti nel procedere a questa forma di provvidenza sociale, onde prevenire gli abusi.

In un centro che annovera 500 soci, un medico trova, durante sei mesi, 30 malati di appendicite da operare, ossia il 6 %; essi vengono inviati tutti ad uno stesso chirurgo. Dopo un rilievo dell'ispettore, nel corso di altri sei mesi lo stesso medico non denunzia più che 4 casi chirurgici, di varia natura. Un medico segna come effettuate 3 visite dopo la morte del paziente. Un medico tariffa 1500 franchi per un'operazione a domicilio; in seguito a richiesta di particolari, egli riduce la tangente a 1100 franchi, ma non dà spiegazioni chiare; un'inchiesta dimostra che l'operazione — un raschiamento uterino — era stata proposta, ma era rimasta allo stato intenzionale e non effettuata. Un medico pratica 30 massaggi vibratori nel corso di un mese, ad una paziente neuropatica; in seguito a richiamo, riconosce che erano del tutto superflui.

Crociera franco-belga.

La prossima crociera organizzata dal « Bruxelles-Médical » e dal « Concours Médical » si svolgerà dall'8 aprile al 1° maggio sul piroscafo « Théophile Gautier »; toccherà varî porti dell'Adriatico, dell'Ionio e del Tirreno (Italia, Jugoslavia, Albania, Grecia, Corsica); partenza da Marsiglia e ritorno nello stesso porto; prezzo in 2ª classe fr. francesi 2100 e oltre; in 1ª classe fr. 3975 e oltre; sono in programma varie escursioni. Rivolgersi a: XVIIe Crorisère Médicale Franco-Belge, 29, Boulevard Adolphe Max, Bruxelles, Belgio.

In agosto avrà luogo una crociera nordica (Norvegia, Irlanda, Spitzberg, banchisa polare).

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

Abbonamenti "al Policlinico„ per l'anno 1933:

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) Alla sola sezione pratica (settimanale).	L. 58.80	L. 100	(2) Alle due sezioni (pratica e medica)	L. 100	L. 150
(1-*a*) Alla sola sezione medica (mensile).	L. 50 —	L. 60	(3) Alle due sezioni (pratica e chirurgica). . .	L. 100	L. 150
(1-*b*) Alla sola sezione chirurgica (mensile)	L. 50 —	L. 60	(4) Alle tre sezioni (pratica, medica e chirurgica)	L. 125	L. 180

☛ L'importo di abbonamento o di quant'altro si desidera acquistare, oltrechè mediante Vaglia Postale o Chèque Bancario *(questo ultimo deve essere riscuotibile in Roma)*, può anche essere inviato versandone la somma nel Conto corrente Postale N. 1/5945 dell'Editore LUIGI POZZI.

AVVERTENZA.

Tutti coloro che invieranno **subito l'intero** importo del proprio abbonamento pel **1933**, potranno, coll'aggiunta di sole . . . . **Lire 20**

ricevere **PRONTAMENTE UNO** dei tre volumi qui sotto indicati alle lettere *a*), *b*), *c*):

a) DIAGNOSTICA DELLE MALATTIE PARASSITARIE. (Prof. C. Basile). Prefazione del Prof. Vittorio Ascoli . . . . prezzo di copertina L. 33.—
b) LA VOCE PARLATA E CANTATA, NORMALE E PATOLOGICA. *Guida allo studio della fonetica biologica.* (Prof. G. Bilancioni). Prefazione del Prof. S. De Sanctis. » » » 35.—
c) I CIRCOLI VIZIOSI IN PATOLOGIA. (I. B. Hurry). Traduzione dalla 3ª edizione inglese, riveduta ed accresciuta dal Dott. G. Dragotti. Rilegato in piena tela . . » » » 45.—

e coll'aggiunta di sole . . . . **Lire 10**

ricevere, a loro scelta, UNO degli otto volumi indicati qui sotto alle lettere *d*), *e*), *f*), *g*), *h*), *i*), *k*), *l*):

d) NUOVE VEDUTE SULLA INFEZIONE DELL'APPARATO DIGERENTE. (Prof. Giuseppe Sanarelli) . . . . prezzo di copertina L 25.—
e) LA CLINICA DELLA ADESIONE PERICARDICA (*Fibrechia del cuore*) NELL'ASPETTO SUO DIAGNOSTICO. (Prof. G. L. Sacconaghi) . . . . . . » » » 20.—
f) L'INSUFFICIENZA DEL CUORE *con speciale riguardo ai concetti moderni di Fisiopatologia.* (Dott. E. Periti). Prefazione del Prof. L. Siciliano . . . . . » » » 22.—
g) CARDIOGRAFIA ED ELETTROCARDIOGRAFIA, ANGIOGRAFIA. (Prof. D. Maestrini). Prefazione del Prof. S. Baglioni . . . . . . » » » 20.—
h) MORFOLOGIA CLINICA E FISIOPATOLOGIA DEL CUORE. (Prof. A. Rossi). Prefazione del Prof. Luigi Lucatello . . . . . . » » » 15.—
i) LA SANOCRISINA NELLA CURA DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE. Note critiche e Osservazioni cliniche. (Prof. E. Trenti). Prefazione del Prof. Vittorio Ascoli. » » » 20.—
k) RADIUMTERAPIA. *Manuale per i medici pratici.* (Dott. L. Cappelli). Prefazione del Prof. F. Ghilarducci . . . . . . » » » 18.—
l) I DISTURBI DEL SONNO E LORO CURA. (Prof. A. Romagna Manoia). Prefazione del Prof. G. Mingazzini . . . . . . » » » 15.—

e coll'aggiunta di sole . . . . **Lire 8**

ricevere, a loro scelta, UNO degli otto volumi indicati qui sotto alle lettere *m*), *n*), *o*), *p*), *q*), *r*), *s*), *t*):

m) LA DIAGNOSI MEDICO-LEGALE DELLA NEVROSI DEI TRAUMATIZZATI. Il rilievo e il significato dei sintomi. (Prof. A. Ciampolini). Prefazione del Prof. Cesare Biondi . . . . prezzo di copertina L. 12.—
n) L'IMPORTANZA DELLE PARATIROIDI SECONDO LE ODIERNE VEDUTE. (Dott. Vittorio Ghiron) . . . . . . » » » 14.—
o) LA BISMUTERAPIA DELLA SIFILIDE. (Dott. F. Travagli) . . . . . » » » 12.—
p) L'ASMA BRONCHIALE NEI MODERNI CONCETTI. (Prof. P. Stanganelli) . . . . » » » 12.—
q) CONCETTO E DIAGNOSTICA DELLA TISI INIZIALE. (Prof. A. Capogrossi) . . . . » » » 10.—
r) LE COLONIE SANITARIE MARINE MILITARI. Nozioni di terapia marina, solare e di educazione fisica. (Dott. F. Bocchetti). Prefazione del Prof. A. Sclavo . . . . » » » 12.—
s) TUBERCOLOSI ED ESERCITO. (Dott. F. Bocchetti). Prefazione del Prof. Sen. G. Sanarelli . . . . . . » » » 10.—
t) LA LEGISLAZIONE SANITARIA IN RAPPORTO ALL'ESERCIZIO PROFESSIONALE. (Dott. Alberto Vigo: *doctor Justitia*) . . . . . . » » » 16.—

e coll'aggiunta di sole . . . . **Lire 6**

ricevere UNO dei quattro volumi indicati qui sotto alle lettere *u*), *v*), *y*), *z*):

u) LA GROSSA MILZA MALARICA E LE SUE COMPLICAZIONI. *Studio clinico-operativo.* (Prof. O. Cignozzi) . . . . . . prezzo di copertina L. 12.50
v) LA MODERNA LOTTA CONTRO LE MALATTIE SESSUALI. (Dott. F. Travagli) . . » » » 10.—
y) TEORIA DELLE VITAMINE E SUE APPLICAZIONI. *Saggio di vitaminologia.* (Dott. G. Lorenzini). Prefazione di Charles Richot . . . . » » » 10.—
z) DEI MEDICI FUTURI. (Augusto Murri) . . . . . . » » » 8.—

N.B. ☛ *È consentito però di richiedere anche* **tutte** *le predette Monografie. Chi le desidera ne accresca il* **rispettivo** *ammontare in ragione di Lire 20, di Lire 10, di Lire 8, di Lire 6 ciascuna.*

☛ *Eccezionalmente per il solo mese di Gennaio 1933, gli abbonati al " Policlinico„:*

Con l'aggiunta, all'importo di abbonamento, di sole L. 30(*) si potranno ricevere a scelta, uno dei seguenti:

1) GLI STUDI DI CAMILLO GOLGI SULLA MALARIA. (Raccolti e pubblicati dal Prof. Aldo Perroncito) . . . . prezzo di copertina L. **45**
2) LA TERAPIA SPECIALE DELLE FEBBRI PERNICIOSE. (Traduzione dalla edizione latina, a cura del dott. Giulio Lega) . . . . . . » » » **40**

(*) Inviando Lire CINQUANTA, si riceveranno ambedue i predetti volumi.

E con l'aggiunta di sole L. 60, gli abbonati al "Policlinico„ potranno ricevere

3) MANUALE DI MALATTIE CUTANEE. (Dott. Prof. Vincenzo Montesano) Opera in due volumi di complessive pagg. XXVIII-780, con 76 figure nel testo. prezzo di copertina L. **110**

Per l'estero, al prezzo netto dei suddetti volumi, aumentare il 10 % per le occorrenti maggiori spese postali di spedizione.

☛ *Intestare i Vaglia Postali al nome dell'editore LUIGI POZZI. ROMA, Ufficio Succursale diciotto. ROMA.*

ANNO XL Roma, 9 Gennaio 1933 - XI Num. 2

“IL POLICLINICO„

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI.

Istituto di Clinica Medica Generale della R. Univ. di Roma.

Calcolosi del coledoco e fistola colecisto-duodenale (*)

Prof. CESARE FRUGONI, direttore.

Lezione clinica raccolta dall'assistente dott. COPPO.

L'ammalata che oggi vi presento è una donna di 50 a., coniugata, casalinga.

L'anamnesi familiare non ricorda dati particolarmente interessanti. Il padre che fu forte bevitore, morì di ictus a 57 anni d'età. La madre ebbe pure un ictus, cui sopravvisse, emiparetica, per nove anni. Dato quanto vedremo a carico della paziente, può essere opportuno ricordare che una sorella è portatrice di fibroma uterino. Null'altro di notevole negli ascendenti, nè nei collaterali.

Neanche *l'anamnesi fisiologica* ci dà notizie di particolare interesse, per la valutazione del caso. Infatti la nostra ammalata, che nacque a termine e fu allattata al seno materno, si sviluppò e crebbe regolarmente. Mestruò a 12 a. e i corsi furono sempre regolari per ritmo, qualità e quantità fino a circa cinque anni or sono, quando si istituì una sindrome ginecologica di cui diremo più avanti. Ha abitudini regolari: nessun abuso.

L'anamnesi patologica remota ricorda essenzialmente due episodi morbosi, di cui il primo sopra tutto dovremo discutere ed interpretare. A 15 anni d'età, due giorni dopo aver provato un forte spavento, la paziente fu colpita da ittero intenso, accompagnato da pigmentazione delle orine, non però da dolori, nè da febbre, nè da disturbi della digestione. A detta della paziente stessa, le feci non avrebbero mutato colore.

L'ittero che fu, in breve, l'unico sintomo rilevabile, si mantenne circa per un mese, poi lentamente scomparve e l'ammalata tornò a godere benessere completo.

(*) La lezione è stata tenuta il 23 febbraio 1932, X.

Il secondo episodio morboso, si verificò a 20 anni di distanza dal primo e fu costituito da un'eresipela facciale, altamente febbrile, che però guarì nel corso di una settimana, senza complicazioni nè conseguenze.

Da allora fino a sette anni fa, epoca cui risalgono le prime manifestazioni morbose collegabili, almeno storicamente, con la malattia attuale, la paziente godette di perfetta salute.

L'anamnesi patologica prossima ci ricorda, infatti, che sette anni or sono insorsero per la prima volta delle manifestazioni febbrili, che da allora, ad intervalli irregolari, si ripetono, sempre secondo un tipo costante. Tali manifestazioni morbose sono rappresentate da accessi febbrili, preceduti da forte brivido scuotente; accessi nei quali la temperatura sale rapidamente a quaranta e più gradi, si mantiene elevata per 12-15 ore e poi cade con abbondante sudorazione; attacchi febbrili, che qualche volta si accompagnarono a vomito biliare, privo di residui alimentari o misto con questi, a seconda del momento in cui l'accesso aveva inizio, vicino o lontano dall'assunzione di cibo. Qualche volta poi l'ammalata ebbe vomito spontaneo, mattutino, a digiuno, acquoso, verdastro, di sapore intensamente amaro, che si presentò anche fuori degli accessi febbrili, nei periodi intercalari durante i quali la paziente abitualmente godeva di pieno benessere.

Essa afferma che gli accessi descritti insorgevano spontaneamente, senza apparenti cause occasionali provocatrici, e si ripetevano a distanza qualche volta di 3-4, qualche altra di 20-40 giorni, rimanendo però la sindrome sempre e costantemente uguale, costituita come ho detto, da accessi febbrili di tipo, in una parola, pseudomalarico, accompagnati solo da doloretti muscolari e talvolta anche addominali, sempre in sede mutevole e di lieve intensità. Talvolta tali doloretti hanno preceduto la febbre e sono cessati con l'insorgere di questa.

Giudicata per tale sintomatologia come affetta da malaria, la paziente fu curata e a lungo per malarica, ma inutilmente.

Circa sei anni fa, pur perdurando e ripetendosi i fatti suddetti, fu colta da una violenta crisi di dolore al basso addome; dolore cui si accompagnò febbre, non però ittero nè vomito. Fu diagnosticata un'appendicite acuta; curata con oppiacei, guarì senza operazione. Frattanto alla sintomatologia descritta si associavano sintomi di ordine ginecologico, menorragie e metrorragie abbondantissime e frequenti, perdite color lavatura di carne, talvolta leucorrea.

Diagnosticato un fibroma uterino, venne curata con applicazioni di radium. Non si sa se fu o meno ventilato il dubbio di neoplasma *mali moris*. Certo non si può escludere, dato anche che l'ammalata in tale periodo dimagrò notevolmente e rapidamente, fino a perdere più di 20 Kgr. del proprio peso abituale.

Indebolita da tali perdite emorragiche, perdurando ancora tutta la sintomatologia descritta e le febbri accessionali, la paziente passò, bene o male, altri due anni.

Quando tre anni or sono, improvvisamente insorgeva, nel corso di 2 o 3 giorni ittero, con orine color marsala, feci scolorate e prurito intenso, fenomeni tutti che si mantennero per due anni ininterrottamente immodificati, mentre continuavano a presentarsi i soliti accessi febbrili, in corrispondenza dei quali il grado dell'ittero sembra si accentuasse.

Erano intanto istituite cure le più diverse, idrominerali e medicamentose, e soprattutto duodeno-sondaggi quotidiani, che l'ammalata apprese a praticarsi da sola, senza che però da tutto questo si ottenessero reali vantaggi. Quando dopo due anni, da che la paziente era stabilmente e intensamente itterica, l'ittero piuttosto rapidamente scomparve.

E l'ammalata sperava di avviarsi così a definitiva guarigione, quando nello scorso ottobre presentava un episodio morboso clinicamente a tipo di colica epatica: accesso doloroso all'ipocondrio destro, con irradiazioni dolorose alla spalla destra, vomito, temperatura febbrile che salì a 40°. Non vi fu ittero. E un mese appresso la nostra paziente si accorgeva, per puro caso, che eliminava con le feci calcoli biliari; il che avveniva senza sofferenza alcuna. Essa non sa dire da quanto tempo ciò durasse. Portatavi attenzione, potè raccoglierne numerosi, di cui uno grosso come una nocciola, e diversi del volume di una lenticchia, che ha portati con sè e che vedete.

Intanto il 6 gennaio u. s. si aveva un nuovo attacco doloroso in tutto simile al primo, e il 15 gennaio un terzo accesso, che decideva la paziente a presentarsi all'ambulatorio della nostra clinica, ove le fu consigliato il ricovero.

Al suo ingresso, noi la ricevemmo in pessime condizioni generali, dimagrata di 26 Kgr., fortemente astenizzata e anemizzata.

E voi ora vedete, *all'esame obbiettivo generale*, una donna appartenente alla terza combinazione morfologica, di De Giovanni, di aspetto sofferente, con cute e mucose intensamente anemiche, e condizioni generali notevolmente scadute e scadenti. Il pannicolo adiposo è assai diminuito e la cute, che presenta evidenti tracce diffuse di grattamento, si può sollevare in ampie pieghe.

Il sistema linfatico è praticamente indifferente. Le arterie, per quanto si può riconoscere con l'esame generale, sono normali; la pressione è Mn. 70, Mx. 125, il polso è di frequenza e ritmo normali. Respiro regolare.

L'esame obbiettivo regionale non fa notare nulla di particolarmente importante a carico del *capo*, ove si eccettui lieve subittero alle sclere e dentatura in pessime condizioni. Al *collo*, nulla di patologico è dato rilevare, se non rumore di trottola sulle vene alla base del collo. Al *torace*, la cute del quale è notevomente pigmentata, si constata la presenza di un voluminoso lipoma, in corispondenza della regione dorso-lombare destra, grosso quanto una testa di feto.

Al centro circolatorio si hanno reperti normali, tolto la presenza di un soffio anemico: alla base si ascolta infatti un rumore sistolico, che non si propaga verso l'ascella, che varia nei vari momenti e posizioni e che non si accompagna ad alterazioni diametriche del cuore stesso. Nulla all'apparecchio respiratorio: non segni di versamento a destra, nè tracce di fatti pleurici o di addensamento della base polmonare, come a destra qualche volta nelle malattie epatiche può osservarsi.

Dati semeiotici sia positivi che negativi di grande importanza per l'interpretazione del caso, si raccolgono invece osservando *l'addome*, che è espanso e flaccido, senza reticoli venosi patologici, discretamente trattabile. Non si avvertono contrat-

ture di difesa. Non si dimostra presenza di liquido. Due rilievi patologici si ottengono esaminando questo addome: Da un lato si riconosce la presenza di una massa bernoccoluta, voluminosa quanto una testa di feto, che protrude dalla regione ipogastrica, raggiungendo quasi l'ombelicale trasversa; massa dura e sensibile e che senza discussione corrisponde all'utero fibromatoso. D'altro lato si danno reperti a carico del fegato, il cui limite superiore si fissa alla parte alta del quarto spazio, sull'emiclaveare, mentre il margine inferiore, si riconosce ben palpabile in tutta la sua lunghezza, debordante di un dito sull'emiclaveare, di tre sulla mediosternale, rotondo, consistente più che di norma, uniformemente grosso, senza alterazioni morfologiche distrettuali, un po' dolente. La palpazione della regione colecistica è completamente negativa. La milza è normale e il reperto gastrico e intestinale anche. Nulla alle regioni lombari. Niente di patologico è rilevabile al sistematico esame degli *arti*.

I risultati delle *ricerche collaterali* di maggior interesse sono i seguenti:

L'esame del *sangue* documenta un'anemizzazione di grado notevole.

Hb 58. Globuli rossi 3,950.000. Vg 0,74. Globuli bianchi 6500. La formula leucocitaria ripetutamente controllata è normale.

L'esame delle *orine* dà, unico dato patologico, traccie di albumina.

Cutireazione alla tubercolina + — —.

Reazione di Wassermann negativa.

Sieroreazione per il tifo positiva 1:100.

Van d. Berg positiva diretta.

Colesterinemia lievemente aumentata, 230 mmg. per 100.

L'esame del *contenuto gastrico*, eseguito a digiuno dà: acido cloridrico 0,20; acidità totale 0,94, nonostante la presenza di reflusso biliare e per tutto il resto reperti normali.

Il *sondaggio duodenale*, seguito dall'instillazione di solfato di magnesio, dà bile di un solo tipo, bile A. In nessun modo è dato di ottenere bile B. Nel sedimento numerosissimi leucociti. Nella bile raccolta, è evidente la presenza di albumina al 0,5 ‰.

Stercobilina presente 1:1000.

L'esame dei calcoli eliminati e raccolti dall'ammalata ed in clinica, dimostra la presenza in essi di un'ingente quantità percentuale di colesterina, accanto a minori quantità di carbonato di calcio, e ne documenta così l'origine epatica, permettendo di escludere che si tratti di pseudocalcoli di origine intestinale o altro.

Tale in sintesi la storia e l'obbiettività della ammalata, nella quale si possono così preliminarmente distinguere due sindromi diverse, probabilmente tra di loro indipendenti: una sindrome ginecologica ed una sindrome medica.

Non ci occuperemo della prima: essa si connette, come i colleghi ginelogici ne informano, con la presenza di un utero fibromatoso, con emorragie sintomatiche, il che ci potrà preoccupare solo nei riguardi della terapia, se dovremo affrontare per la nostra malata il problema operatorio. Tutta la nostra attenzione va invece volta alla sindrome medica, le manifestazioni della quale avete sentite ricordate e descritte dall'anamnesi, come una lunga sequela di sofferenze, iniziatesi circa sette anni fa. Prima però di incominciarne lo studio, dobbiamo ricordare brevemente l'ittero, che colpì l'ammalata quando era ancor bambina, episodio che va commentato, perchè successivamente, sia pure a grande distanza di tempo, la paziente, come avete sentito, ridivenne itterica e tale per due anni rimase.

Essa depone la storia di un ittero *ex emotione* dacchè proprio due giorni dopo uno spavento l'ittero sarebbe improvvisamente comparso. Molte volte, in realtà nei cosiddetti itteri *ex emotione* si tratta semplicemente di ittero infettivo, che il giudizio popolare attribuisce a spavento o ad emozioni occasionali. Ma accanto a ciò sappiamo che il concetto di ittero *ex emotione* può corrispondere ad una realtà clinica, e va accettato. E di recente ne ha scritto col grande peso della sua autorità Marchiafava, ricordando casi a decorso grave, finiti con l'*exitus*. D'altro canto sappiamo da Pisani l'influenza del fattore psichico sulla secrezione biliare studiata con duodenosondaggio, e che attraverso il fattore emotivo si può avere o una congestione epatica, o uno spasmo dello sfintere di Oddi o di Luscka, ecc., così come sappiamo che l'emozione può scatenare un accesso asmatico, che esistono diarree ed orticarie emotive ecc., fatti tutti che oggi si interpretano sulla base di riflessi neuroormonici emotivi, proponendo una rappresentazione neurochimica ed endocrina dell'emozione più particolarmente importante o preponderante in taluni soggetti, basedowiani, distiroidei e simpaticotonici di preferenza. È fuori discussione del resto che lo shok emotivo ha delle ripercussioni organiche e materiali, attraverso modificazioni vascolari e ripercussioni dirette sulla costellazione endocrina.

Ma che si sia trattato anche in questo caso di un ittero emotivo, non possiamo nè affermare nè escludere con sicurezza. Tale episodio della storia patologica della paziente, ci dice soltanto che essa, già a 15 anni d'età, cominciò ad essere una sofferente di fegato, senza poter stabilire se ciò avvenne attraverso un vero ittero emotivo, o un banale ittero infettivo, quale il criterio di frequenza ci indurrebbe ad ammettere con maggiore probabilità.

Nè ci occuperemo dell'erisipela, di cui la paziente ha sofferto e che rappresenta un incidente morboso del tutto slegato dalla sindrome attuale.

Per interpretare il caso clinico che ci sta dinnanzi, dobbiamo evidentemente prendere in considerazione gli elementi fondamentali che costituiscono la sindrome, che abbiamo detto medica, presentata dalla nostra paziente: e cioè sopra tutto e avanti tutto gli *accessi febbrili*,

che preceduti da brivido, tormentano periodicamente da anni l'ammalata e l'*ittero* che permase due anni.

Cominciamo col discutere il valore ed il significato degli attacchi febbrili, con l'escludere anzi tutto un rapporto causale con l'alterazione ginecologica in atto e di cui fu parola (fibroma uterino) dacchè gli specialisti informano che nulla vi è nell'apparato genitale di questa donna, atto a giustificare manifestazioni febbrili.

Nè si potrà pensare qui alla maltese, al linfogranuloma, che danno febbri e quadri del tutto diversi. Sarà una sepsi? No certamente: la paziente non ha segni di malattia generale e poi, quale sepsi dà di tratto in tratto, ad intervalli anche di 20-40 giorni, dei brividi e della febbre, intramezzati da periodi di pieno benessere, e questo per anni? E poichè non vi è milza ingrossata e ogni reperto è negativo, non è il caso di discuter la malaria.

Il carattere di questi accessi febbrili ci deve far pensare subito a cause locali; fra queste ad es. ad angine ricorrenti. Quanti casi si osservano, infatti nei quali la causa di febbri, che bruscamente e irregolarmente vanno e vengono si annida in tonsille cronicamente infiammate, e nelle quali il processo morboso periodicamente si esalta. Ma qui, nulla vi è in gola, anche all'esame specialistico.

Di fronte a poussées febbrili ad insorgenza brusca, intermittenti, a tipo, diciamo pseudomalarico, penseremo anche alle febbri flebitiche e eresipelacee e sopra tutto alle febbri urinarie (e specie cistiti nei bimbi, prostatiti con cistite nei vecchi, pieliti nelle donne).

Ma l'ammalata non ha mai avuta flebite nè eresipela e l'esame delle orine nulla ci dice nell'altro senso. Anche certe suppurazioni locali, come ascessi profondi, empiemi, ecc. possono dare febbri intermittenti. Ma non ve n'è sintoma di sorta.

Dato invece che la paziente fu itterica per due anni, dato che facilmente malattie in sede epatica e specie nelle vie biliari si manifestano con attacchi febbrili distanziati, con brivido a tipo di febbre settica, o pseudomalarica, è da ritenersi che gli accessi dei quali da tanto tempo l'ammalata soffre, possano essere di origine epatica.

L'induzione clinica generale porta a formulare tale ipotesi; occorre vedere se l'osservazione del caso permette di confermarla, poichè ammettendo l'origine epatica degli episodi febbrili, dobbiamo poterne riconoscere la natura. Che si tratti di ascesso epatico o di epatite amebiasica o di cisti idatidea suppurata, crediamo di poter escludere senz'altro dacchè la storia, e l'esame della paziente nulla ci permettono di rilevare, che parli per una formazione ascessuale da germi comuni o per un'infestazione amebica o echinococcica. E neanche la lues epatica può essere messa in discussione, dacchè essa dà febbricole e spesso, ma non febbre così alta ed episodica. Nè si tratta di poussées angiocolitiche, perchè la paziente non aveva febbre mentre era itterica e quando ebbe febbre non vi fu ittero.

Dobbiamo piuttosto ammettere una colecistite perchè è ben noto che la colecistite dà spesso febbri intermittenti ed episodiche, precedute da brivido e perchè d'altra parte l'ammalata ci mostra i calcoli che essa ha eliminato. Probabilmente dunque colecistite vi fu e ancora c'è, anche se non figura leucocitosi, che potrebbe esservi stata quando la malattia ebbe inizio, e non esservi più ora, o per esaurimento delle forze reattive nel corso di così lunga serie di sofferenze, o per drenaggio della colecisti come vedremo, e anche se non vi sono reazioni pleuriche alla base di destra, dacchè la loro assenza nessun valore ha contro tale diagnosi, mentre la loro dimostrabile presenza quando si avvera, indirettamente la convalida.

Nè contro l'ammissione di febbri colecistitiche parla la scarsezza dei dolori, che solo da qualche mese affliggono la paziente. La stessa colecistite calcolosa può decorrere senza alcun dolore, per anni ed anni e chiunque ha esperienza clinica ha infinite volte registrato il fatto. Perchè dolori vi siano bisogna o che intervenga un'infezione settica, o che il calcolo sia mobile e si impegni, o che insorgano riflessi e consensi più o meno a distanza. Vi sono vere coliche epatiche senza calcoli (nella colecistostasi acuta per torsione o inginocchiamento di cistifellea pendula e atonica ad es.) e rispettivamente calcolosi senza dolori, e anche quando questi vi siano, solo in una parte dei casi hanno il carattere della classica colica epatica, mentre spesso si manifestano con gastralgie, enteralgie o altro.

Equivalenti ectopici di colica epatica questi, che sono di osservazione clinica corrente, e che trovano la loro ragione nelle strette connessioni nervose, che legano tra di loro i visceri addominali e negli inerenti reflessi viscero-viscerali.

Il dolore del resto non ha regole, tanto che persino vi sono dei calcolosi, nei quali senza sofferenze si compie la trasmigrazione del calcolo.

Nel nostro caso non sappiamo quando la calcolosi si sarebbe istituita: ma talune considerazioni nei riguardi della diagnosi di colecistite calcolosa vanno avanzate. Così la paziente soffrì di ittero già da bambina, ed è soggetto brachitipo, appartenente cioè alla terza combinazione morfologica nella quale più frequenti figurano le manifestazioni della diatesi precipitante. Ed ebbe ripetute gravidanze, essendo quindi anche per questo particolarmente disposta alle conseguenze della condizione ipercolesterinemica, che con facilità si istituisce

attraverso le ripetute fisiologiche ipercolesterinemie gravidiche, dovute come sapete, alla concorrenza funzionale del corpo luteo e del surrene; e noi abbiamo in essa trovati 230 mmg. % di colesterina nel sangue, e cioè quasi il doppio della cifra normale.

Ma ancora un fatto debbo porre in rilievo, onde ben comprendere la natura della colecistite, e cioè che il siero della nostra ammalata agglutina nettamente il bacillo del tifo. È ben noto che tale germe può essere eliminato con la bile, anche da individui nella cui anamnesi nulla si trova, che parli per un'infezione tifosa clinicamente dimostrata; e io stesso richiamai, or sono molti anni, (1915) l'attenzione sull'importanza clinica di questo fatto (1). Così com'è ben risaputo che la colecistite cronica è spesso dovuta al bacillo del tifo e che la calcolosi a sua volta si istituisce di frequente sulla base di una colecistite tifica, e che il bacillo del tifo si annida con speciale predilezione nella cistifellea e vi rimane spesso per lunghissimo tempo, trasformando così i pazienti in portatori cronici del germe.

Tanto è vero che partendo dal concetto che in tali portatori ed eliminatori cronici di b. del tifo, la colecisti sia o l'esclusiva o la principale sede per così dire di deposito e di rifornimento dei germi, su proposta di Haaland Margit e di Magnus fu sistematicamente praticata (dagli AA. americani) la colecistectomia in questi soggetti, quasi sempre constatandosi colecisti infiammata e in tre quarti circa dei casi ottenendosi col tempo la sterilizzazione.

Del resto io stesso illustrai a Padova in lezione un caso (pubblicato poi dal mio aiuto prof. Lusena (2)) riguardante una malata che uscendo da un tifo dieci anni prima aveva avuto a variabili distanze degli accessi febbrili, ritenuti malarici, e invece puramente colecistitici e nella quale si era poi ordita calcolosi.

Le sue feci contenevano in coltura pura il bacillo di Eberth; il suo siero lo agglutinava ad altissimo titolo.

Io feci naturalmente operare la malata e al tavolo operatorio (prof. Fasiani) si trovò colecisti cronicamente infiammata e retratta e un calcolo nel coledoco assieme ad altri più piccoli. Tanto il calcolo nel suo interno, quanto la bile deviata (questo però solo per un certo periodo dopo l'operazione) contenevano il bacillo del tifo.

E poichè la sola presenza di germi nell'intestino o nelle vie biliari senza contatto col sangue non spiega la vivace reazione immunitaria, l'alto tasso di anticorpi a tanta distanza dall'infezione primitiva fu interpretato ammettendo, che in occasione delle coliche con ittero e febbre ripetutamente presentate dalla paziente, si siano avute con ogni probabilità poussées di germi in circolo, il che fu argomento in più per accedere ad una terapia chirurgica.

Così, per tornare dopo questa non inutile digressione al nostro caso, qui sulla base di una colecistite quasi certamente di natura eberthiana, pur senza precedente, conclamato di tifo, si istituì una calcolosi, che a sua volta contribuì a mantenere e ad aggravare la colecistite.

E considerando questa come responsabile delle febbri di cui soffrì la paziente, ed ammettendo la calcolosi, bene così anche spieghiamo i doloretti vaghi che l'ammalata depone, insorgenti assieme agli accessi febbrili, nonchè l'episodio intensamente doloroso, che, come avete sentito, venne però giudicato appendicolare.

Abbiamo così ampiamente discusso ed interpretato uno dei due elementi fondamentali costituenti la sindrome, da cui abbiamo riconosciuto affetta la nostra ammalata, e cioè la febbre accessionale. Dobbiamo rivolgerci ora al secondo e cioè all'ittero, di cui la paziente sofferse per ben due anni, durante i quali continuarono le solite febbri, con accentuazione, in loro coincidenza, dell'intensità dell'ittero stesso.

Quale la sua causa? Non evidentemente una epatite poichè tanto ittero durò per due anni e poi scomparve lasciando la paziente in pieno benessere e l'organo quasi normale. L'ittero fu con ogni probabilità meccanico, anche perchè si formò in due giorni, quasi improvvisamente. Possiamo escludere per la rapidità con cui insorse, che si sia istituito attraverso una compressione del coledoco *ab extrinseco*. Un tumore, una fimbria, non vengono improvvisamente.

Occlusione intrinseca quindi e poichè la nostra malata ha avuto colecistite calcolosa, e abbiamo in mano i calcoli eliminati, e in quel momento non ebbe febbre è troppo evidente che fu un calcolo ad occludere le vie biliari ed a tenerle per due anni ininterrottamente occluse.

Ma anche sulla sede anatomica di esso calcolo possiamo dire qualche cosa, precisando che deve essere situato al di sopra dell'ampolla di Vater, perchè se in questa fosse per tanto tempo rimasto, prima o poi avremmo veduto sorgere qualche segno di compromissione pancreatica, il che non è. Per due anni la malata fu itterica e poi in breve guarì.

Quando e come la causa meccanica fu definitivamente rimossa? Non certo perchè il calcolo che occludeva il coledoco se ne sia andato per le vie naturali, anche perchè l'ittero, ricordiamolo, scomparve spontaneamente, senza che l'ammalata provasse la minima sofferenza. È

---

(1) FRUGONI. *L'eliminazione del b. del tifo nei tifosi studiata con duodeno-sondaggio alla Einhorn*. La Clinica Medica Italiana, 1915.

(2) LUSENA. *Colecistite tifica con eliminazione di bacilli di Eberth a dieci anni da un tifo pregresso;* Giornale medico dell'Alto Adige, 1929, fasc. 10.

quindi necessario riprendere in esame i risultati del sondaggio duodenale.

Voi sapete che introducendo in duodeno il sondino di Einhorn ed instillando una soluzione di solfato di magnesio, si ottengono successivamente, nel soggetto normale, tre specie di bile: bile A, giallo-chiara che è la bile del coledoco; e che si ha anche per spontaneo deflusso, bile B, più scura, che si ammette venga dalla colecisti; e bile C, ancora chiara, che è la bile dell'epatico o bile intraepatica. Non tutti (e Einhorn fra questi) convengono nell'ammettere che la bile B spetti veramente o sempre alla cistifellea: certo è però che bile B in genere non si ha se il cistico è occluso e bile B in genere non si ottiene dagli operati di colecistectomia, come Galli nella clinica di Donati ha confermato. Nel caso nostro, si ottenne sì bile A, ma mai bile B; e mai nei ripetuti esami radiologici, di cui vi esporrò i risultati, e con le varie tecniche colecistografiche si vide iniettata la colecisti. Quindi o la colecisti praticamente più non esiste o è del tutto obliterata da calcoli, o il cistico è occluso. Vero è che talora la non visualizzazione della colecisti dipende dal fatto, che lo stato della cellula epatica è tale, che essa non riesce ad eliminare con sufficiente rapidità la tetraiodo. Ma qui, in una paziente, la cui funzione epatica non abbiamo ragione di ritenere così gravemente compromessa, va invece senza altro ammesso che la cistifellea, almeno come serbatoio di bile, (nel caso speciale di bile B), più non esiste.

Se così è e se teniamo bene presente che questo grosso calcolo che vedete, e che l'ammalata ci ha portato, fu da lei eliminato senza sofferenza alcuna, tutto appare ben chiaro. Un calcolo del volume di una grossa nocciola, non può uscire silenziosamente e senza trauma doloroso dal coledoco per vie naturali. L'ammalata invece lì per lì nemmeno se ne accorse.

E, badate bene, è certamente un calcolo biliare. Domandatevelo sempre. Non bisogna accettare senza controllo ogni deposizione, e quindi bisogna non sempre credere al paziente, che vi annuncia di aver eliminato dei calcoli biliari. Bisogna vederli ed esaminarli: possono essere noccioli di frutta, discoidi non sciolti, conglomerati di acido oleico, se non addirittura preparati medicinali di quelli che dovrebbero far eliminare i calcoli e che in realtà li costituiscono essi stessi. Ma l'analisi che ne abbiamo fatta e il tipico aspetto tolgono ogni dubbio: si tratta di un grosso calcolo biliare, così grosso da far pensare senz'altro che dovesse risiedere nella cistifellea, prima di essere tacitamente eliminato per via intestinale. Ma perchè questo sia avvenuto occorre evidentemente che un'altra comunicazione tra vie biliari e canale digerente vi sia, oltre a quella normale, esigua e quasi inestensibile dell'ampolla di Vater. Sì che, dato che, come dicemmo, non si è assolutamente riusciti ad ottenere dalla paziente bile B, e considerando i rapporti tra il volume del calcolo, che fu eliminato senza sofferenza alcuna e il diametro delle vie biliari, è giocoforza ammettere l'esistenza in questa ammalata di una fistola colecisto-intestinale.

Si spiega così e la mancanza assoluta di bile B, perchè bile non può rimanere nella cistifellea forata, ad assumervi le caratteristiche di bile B; e l'eliminazione indolora di un calcolo grosso come una nocciola e si spiega in più come l'ittero, da ben due anni stabilmente presente sia poi scomparso e per di più, come vedremo, senza che il calcolo occludente il coledoco se ne sia andato. Infatti, anche la scomparsa dell'ittero si svolse in assoluto silenzio e, come vi ho detto, difficilmente un calcolo che per due anni ha tenuto fissamente occluso il coledoco, può uscire per il piccolo ostio dell'ampolla di Vater senza suscitare dolori.

Queste le induzioni cui possiamo giungere sulla sola guida del ragionamento clinico. Vediamo ora che cosa ci dice *l'indagine radiologica*, dalla quale in un caso come questo potevamo attenderci risultati d'importanza decisiva. Ve ne espongo sinteticamente le conclusioni.

Immagine epatica ingrandita: colecisti mai visibile nè all'esame diretto, nè in seguito a ripetute somministrazioni di tetraiodo per via orale ed endovenosa.

All'altezza del corpo della 1ª vertebra lombare a due dita trasverse all'esterno del suo margine destro, si nota un'immagine rotondeggiante, della grandezza di una ciliegia, trasparente al centro, delimitata da un piccolo anello opaco. In proiezione laterale questa immagine si mostra poco all'innanzi (3 dita trasverse) della colonna vertebrale (mentre di solito la colecisti si trova molto innanzi).

In piena area epatica numerose immagini ramificate trasparenti, indicano la presenza di canali biliari ripieni d'aria.

All'esame con pasto opaco nulla di notevole si osserva allo stomaco, se non una evidente attrazione verso destra della regione dell'antro. Il bulbo duodenale non è deformato, ma appare fisso al margine inferiore del fegato, molto ravvicinato (lateralmente) all'immagine anulare già descritta.

In esami successivi, eseguiti dopo prolungato decubito sul fianco destro, si riesce a sorprendere l'iniezione di un piccolo canalino che dal margine esterno del fegato, si dirige verso l'alto.

Somministrando allora a stomaco vuoto il pasto opaco con sondina di Einhorn si vedono iniettarsi le vie biliari attraverso questa comunicazione patologica col duodeno. L'iniezione a un certo punto prende un cammino a ritroso (cioè dall'alto al basso) e inietta un grosso

canale, a fondo cieco, perchè occluso dalla già descritta immagine rotondeggiante trasparente al centro e che con tutta certezza corrisponde ad un calcolo. Questo canale visto in radiogramma latero-laterale si presenta arcuato a concavità posteriore, e biforcato: e per tutti questi caratteri si può riconoscere come il coledoco (unione del cistico e dell'epatico), coledoco che adunque è ostruito da un grosso calcolo.

Fig. 1. — Radiogramma eseguito direttamente, senza uso di mezzi di contrasto. Immagine dei canali biliari, trasparenti perchè pieni d'aria.

Il bario quindi non è venuto direttamente in coledoco dal duodeno; il coledoco non si è iniettato dal di sotto in su, ma al contrario dall'alto in basso.

Le conclusioni cui eravamo arrivati vengono quindi direttamente confermate.

I risultati dell'esame radiologico documentano infatti in modo matematico l'esistenza di un calcolo nel coledoco e la presenza di una fistola tra vie biliari e duodeno, di una fistola colecisto-duodenale già clinicamente preveduta ed affermata, bastando per mettere sulla via della giusta diagnosi, la considerazione che il grosso calcolo eliminato dalla paziente, non poteva essere passato dal coledoco al tubo digerente per vie naturali, senza suscitare dolore.

È frequente la fistolizzazione della colecisti?

Benchè i processi patologici che posson portare a fistolizzazioni siano frequenti, l'evento formazione di fistola e cioè, chirurgicamente parlando, di una colecistoenteroanastomosi spontanea, è raro.

Roth ad esempio, in una statistica di oltre diecimila autopsie, non ha trovato che 43 casi di fistola organizzata fra duodeno e vie biliari.

Ma di gran lunga ancor più rari sono i casi diagnosticati in vivo, per mezzo o col controllo dell'indagine radiologica.

Primo a porne uno in evidenza fu il Carmann nel 1917, in un caso di carcinoma del piloro aderente alla colecisti ed ulcerato e poco dopo Busi poteva osservare il passaggio del liquido baritato nella colecisti, in due casi che avevano antecedentemente eliminati calcoli biliari per via intestinale. E successivamente è stata resa nota circa una ventina di casi, per la maggior parte dovuti a passaggio di calcoli biliari, o ad ulcera duodenale perforata: in minor numero ad affezioni del pancreas o ad altre cause. Così ad es. Martinotti riferisce un caso di fistola colecistoduodenale da colecistite tifica probabilmente empiematica, formatasi probabilmente per pericolicistite adesiva e successivo svuotamento dell'empiema cistico nel lume duodenale, pur non escludendosi la possibilità di un'ulcera tifica del duodeno perforatasi in cistifellea. Il pasto opaco in questa osservazione, riempiva per via retrograda completamente la cistifellea e il cistico.

Fig. 2. — Radiogramma eseguito durante l'instillazione duodenale di pasto opaco; *E*, sondino di Einhorn; *F*, fistola colecisto-duodenale. *Bd*, bulbo duodenale; *Cb*, canali biliari opacizzati.

Il caso nostro ha quindi un doppio interesse clinico-radiologico. Così è interessante notare, che la presenza della fistola, duodeno-biliare è

stata svelata da due ordini di fatti, dalla visualizzazione cioè dei canali biliari attraverso un mezzo di contrasto trasparente (gas) e da un mezzo più opaco (liquido baritato). La constatazione delle immagini trasparenti e delle numerose sottilissime ramificazioni in chiara piena area epatica, si è avuta subito alle prime radiografie dirette (vedi fig. 1) e ci ha condotti ad eseguire l'esame con grande costanza e con speciali accorgimenti, allo scopo di poter ottenere la seconda visualizzazione delle vie biliari attraverso il mezzo opaco (vedi figg. 2 e 3). Nella letteratura è questo il terzo caso nel quale viene constatata la doppia immagine delle vie

FIG. 3. — Radiogramma eseguito dopo l'instillazione duodenale di pasto opaco; *E*, estremità metallica del sondino; *C*, calcolo del coledoco; *Co*, coledoco, in cui il bario, giunto per via retrograda, permane al di sopra del calcolo.

biliari (positiva e negativa); in tutti gli altri, meno che in uno, venne ottenuta la sola iniezione con liquido opaco: in un caso, Ohnell e Lindblon ottennero soltanto l'iniezione con gas.

Ed è naturalmente importante continuare l'esame, dopo la constatazione della comunicazione delle vie biliari con il tubo digerente, messa in evidenza dalla presenza del gas. Gas infatti può venire dal duodeno come dal colon, e la presenza di gas nei canali biliari non permette di per sè di stabilire il punto della fistola nè il suo meccanismo di produzione.

Altra interessante constatazione consiste nel dato, stabilito radiologicamente, della presenza di un calcolo incuneato e fisso nel coledoco. Già il punto dove il calcolo era stato localizzato alla colecistografia diretta (e cioè all'altezza della prima vertebra lombare, poco distante dal suo margine destro) faceva pensare che non si trovasse nel luogo normalmente occupato dalla colecisti. E infatti l'esame in proiezione laterale, dando l'ombra del calcolo poche dita trasverse avanti alla colonna e non subito al di sotto della parete addominale, ove di solito si trova in proiezione laterale la colecisti, confermò il dato precedente. E ancor più ne diede conferma l'esame dei rapporti fra calcolo e bulbo duodenale, che mostrò trovarsi quello, più medialmente di questo.

Ma la definitiva certezza venne dai radiogrammi eseguiti dopo il passaggio del pasto opaco nelle vie biliari. Questo infatti, dopo avere direttamente occupata tutta una serie di ramificazioni che dando impressione di un capo di Medusa, preso un cammino a ritroso, cioè non più dal basso in alto, ma dall'alto in basso venne a rendere visibile un grosso canale che in proiezione laterale si vide sorgere dall'unione di altri due canali sempre grossi ma di calibro minore, e che per grandezza, posizione e decorso, non potevano che essere il coledoco sorgente dall'unione dei due canali un po' meno grossi, epatico e cistico. A metà decorso di quel grosso canale il liquido opaco si arresta per la presenza del calcolo incuneato.

La fistola si inizia dal margine laterale del duodeno a decorso decisamente ascendente e non si porta direttamente al coledoco. E poichè, come abbiamo visto, questo è stato iniettato non dal basso in alto ma dall'alto in basso, occorreva stabilire dove poteva imboccare il tramite fistoloso, per poter mettere in comunicazione il duodeno con le vie biliari. Ma, evidentemente, tolto di mezzo il coledoco, il punto d'imbocco non poteva essere che la colecisti, dacchè anche dalla scarsa letteratura sappiamo che i casi di fistola dovuta a passaggio di calcoli epatici, sono quasi tutti di fistola colecisto duodenale. Tuttavia non sempre è facile, radiologicamente parlando, affermare con sicurezza la sede della fistola, specialmente quando la colecisti, come nel caso attuale, non si è visualizzata. E ne è riprova la recente osservazione dell'Amorosi, di un caso che all'esame radiologico era stato interpretato come di fistola coledoco-duodenale da ulcera duodenale, mentre al tavolo operatorio fu riscontrata come fistola duodeno-colecistica a decubito di calcoli biliari.

L'assenza dell'immagine di una colecisti in parte o in tutta ripiena di liquido baritato, per altro, non basta per far escludere che la fistola abbia imbocco nella colecisti stessa, il reperto potendo variare a seconda della sede dell'imbocco. Dacchè quando la fistola sbocca in colecisti in vicinanza del suo colletto, l'immagine può figurare in gran parte riempita e distesa, mentre quando ha sede nel fondo ed è antica sì da aversi colecisti retratta, il liquido specialmente se spinto con forza dal duodeno at-

traverso il tragitto fistoloso, può sorpassare velocemente ciò che della cistifellea è rimasto, per raggiungere attraverso il cistico e l'epatico i vari canali biliari.

In realtà ad ogni colecistite può seguire una pericolecistite, e questa far assumere aderenze coi tessuti e gli organi vicini. E allora un po' per azione decubitante dei calcoli, se presenti, un po' per necrosi infiammatoria o colliquativa, può successivamente ordirsi o meno la fistolizzazione, e in vario modo a seconda delle varie modalità di formazione e con conseguenze variabili sopra tutto a seconda dell'organo, cui la cistifellea ha aderito e delle modalità con le quali la abnorme comunicazione si è stabilita.

Ma una pericolecistite può avere anche altri punti di partenza, oltre che la colecistite, quali una periduodenite, o una flogosi primitiva circoscritta del peritoneo viciniore. La stessa appendicite, in rari casi, può rappresentare il focolaio di partenza di un processo infiammatorio, che diverrà in sua diffusione pericolecistite.

E Braithwaite ha ben stabilite le vie linfatiche, che collegano la appendice alla cistifellea, ponendole in evidenza con opportune iniezioni coloranti. Onde chiari risultano meccanismo, vie e modo con i quali si costituiscono aderenze colecisto-duodenali e colecisto-coliche, e con i quali queste possono poi rappresentare il punto di partenza delle ben note sindromi dell'addome destro, fino al quadro della sinfisi colecisto duodenale di Bedarida.

Quando poi la cistifellea si perfora, si presentano numerose possibilità.

Può la colecisti aprirsi in peritoneo: avremo allora un coleperitoneo se la bile è sterile, una peritonite purulenta, (più o meno saccata o diffusa), se il contenuto della cistifellea è infetto. Ma la colecisti anche può aprirsi all'esterno, se ha assunto aderenze con la parete addominale, ed è questa la genesi delle fistole biliari esterne, di apertura spontanea per colecistite suppurativa. Ma nella grande maggioranza dei casi invece in esito a processo di colecistite cronica (quasi sempre, ripeto, diretta responsabile della perforazione) si costituiscono aderenze tra la colecisti ed organi vicini, colon e duodeno sopra tutto, e attraverso l'aderenza si fa l'erosione.

E la colecisti si apre allora nell'organo cavo, cui ha aderito, svuotandovi il suo contenuto, pus, bile o calcoli. Così è avvenuto qui, nella nostra malata, nella quale si è costituita una silenziosa autocolecistoduodenostomia. Qualche volta invece ciò avviene con sintomi di gravità allarmante, primo il dolore, specie quando vi sia colecistite e pericolecistite acuta, perforazione e peritonite. Ma anche in casi nei quali la perforazione si fa silenziosa, per tacito processo di cronica flogosi adesiva, può la sintomatologia dolorosa esplodere violenta a distanza di qualche tempo dalla rottura della cistifellea. Il che è quasi sempre dovuto allora a fenomeni di ileo biliare, cioè di ileo, dovuto alla presenza nell'intestino di uno o più calcoli più o meno notevolmente voluminosi, cadutivi dalla cistifellea perforata e che determinano fatti di occlusione intestinale.

Non dovrà quindi mai dimenticarsi, che di fronte ad un ammalato il quale senza dolore abbia eliminato un calcolo molto grosso o voluminosissimo, dovremo sempre pensare e discutere la possibilità di fistola colecisto-intestinale, dalla considerazione della quale potremo eventualmente risalire alla diagnosi di ileo biliare, diagnosi possibile e talora anche non difficile. Io ne ricordo numerosi casi e occorre saperli identificare e riconoscere, onde consigliare tempestivo intervento.

Quando sorgano sintomi di occlusione intestinale in un epato-paziente, si dovrà già solo per questo dato di fatto, prospettare la possibilità anche di un ileo biliare. E saranno fatte tutte le indagini anamnestiche e obbiettive inerenti, anche talora radiografando il malato, dacchè se il calcolo contiene sali di calcio, lo si può direttamente identificare. Anche una palpazione attenta dell'addome può facilitare la diagnosi. E se la sintomatologia occlusiva non si attenua rapidamente, a denotare che il calcolo è passato e prosegue la sua strada nell'intestino, facendo operare a tempo i nostri ammalati, li salveremo.

Ma tornando al nostro caso, possiamo ora ben ricostruire lo svolgersi ed il succedersi degli avvenimenti patologici.

La paziente ha tutt'ora febbri intermittenti e un grosso calcolo fisso nel coledoco ed ha probabilmente anche colecisti sclerotica, come per lo più si dà per colecisti da lungo tempo calcolose. In essa cioè, sofferente di colecistite tifica, responsabile delle febbri di cui da tempo soffre, e sulla base altresì di una costituzione predisponente e di occasionali ripetute ipercolesterinemie gravidiche, si è istituita calcolosi epatica. Un calcolo trasmigrato dalla cistifellea ha chiuso il coledoco, e determinato l'ittero per ostruzione che durò per due anni. Nel qual tempo la cistifellea, attraverso un processo di colecistite e pericolecistite cronica, ha adeso al duodeno e vi si è finalmente (dopo due anni) aperta. E così la bile si è scaricata, l'ittero è scomparso e i calcoli per via diretta intestinale sono usciti tutti, anche quello voluminoso, grosso come una nocciola e che avete veduto, senza suscitare dolore. L'unico calcolo che non ha trasmigrato è quello che l'esame radiografico disvela (vedi figura 3). Esso non è uscito per le vie naturali, perchè troppo grosso per passare attraverso l'orificio terminale del coledoco e l'ampolla di Vater, e non è fuoriuscito per la nuova via patologica e

cioè per la fistola colecisto-duodenale, perchè troppa strada avrebbe dovuto percorrere a ritroso, e perchè la lunga permanenza lo ha probabilmente imprigionato con la flogosi dei tessuti viciniori.

Onde tutto è chiaro nella sua genesi lontana e vicina, nella sua essenza e obbiettività attuale, clinica e radiologica.

Quid agendum? Prescriveremo dieta adatta alla diatesi di cui la paziente soffre, daremo dei colagoghi e una cura che rialzi le scadute condizioni generali e della urotropina. Ma tutto ciò non vale certo nè a smuovere il calcolo, che si è fissato nel coledoco, nè a dominare l'infezione e le febbri. Io consiglio caldamente l'intervento chirurgico.

Vero è che non vi è più l'ittero cronico e la colemia che duravano da ben due anni e che non vi è quindi minaccia delle conseguenze relative, insufficienza epatica, atrofia giallo-acuta del fegato. Ma finchè il calcolo rimarrà lì incuneato e le vie biliari saranno pervie all'aria e in libera comunicazione con il lume intestinale, saranno possibili infezioni, e prima o poi coledocite e la pericoledocite infettiva o l'epatite insorgeranno, con la costituzione di quei gravi stati, con febbri biliosettiche che ben conosciamo e che una volta presenti più non consentono di portare un efficiente soccorso ai nostri ammalati. Solo chirurgicamente quindi noi potremo guarirla. Ma la decisione dell'intervento sarà presa d'accordo col chirurgo, che dovrà tener conto delle condizioni generali della paziente ed anche della presenza del grosso fibroma uterino.

Sollevare le condizioni generali della nostra paziente per prepararla all'intervento, è quanto noi medici possiamo fare. Liberarla radicalmente dagli accessi febbrili, è possibile solo togliendo il calcolo dal coledoco, è questo è compito del chirurgo.

Il giorno 11 marzo 1932, la paziente veniva operata dal prof. Margarucci, che gentilmente mise a nostra disposizione i pezzi operatori (vedi fig. 4) e la seguente relazione dell'intervento eseguito: « Narcosi morfioeterea, posizione elevata del tronco. Laparatomia obliqua secondo Mayo-Robson, modificata.

Reperto operatorio: esiti di pregressa pericolecistite e periepatite. (Larghi essudati organizzati in forma di adesioni, e pseudo-membrane collleganti i visceri tra loro ed il peritoneo parietale). Fegato granuloso, capsula ispessita. Vescicola coperta per la massima parte, non debordante, incassata nel lettuccio epatico, atrofica al massimo grado, giacchè è poco più grande di una appendice normale. La faccia ventrale del corpo della vescicola, è fortemente aderente, in tutta la sua estensione, alla superficie della parete anteriore-superiore della prima porzione del duodeno. Modico indurimento del tessuto pancreatico (testa).

Manovre operatorie: cauta separazione della vescicola del duodeno; durante queste manovre si mette in evidenza una comunicazione tra vescicola e duodeno, a mezzo di un'apertura circolare, del diametro di un centimetro. Chiusura dell'apertura duodenale con due suture introflettenti, a borsa di tabacco. Continuando l'operazione e la preparazione del cistico e del coledoco, dalla loro intima connessione col margine duodenale, il coledoco si apre. Attraverso questa apertura si mette in evidenza la presenza di un calcolo, situato nel settore retroduodenale del coledoco stesso. Ampliando l'apertura, si estrae il calcolo e notevole quantità di sabbia biliare. Si ha fuoruscita di bile gialla e gas. L'esplorazione con sonda metallica delle vie biliari dà esito negativo, rispetto a pre-

FIG. 4. — Pezzi operatori; *a*, cistifellea; *F*, fistola colecisto-duodenale; *Fo*, fondo della cistifellea; *b*, calcolo coledocale.

senza di altri calcoli. Asportazione della vescicola. Introduzione di un tubo di drenaggio a T, nell'apertura coledocale. Zaffi attorno al tubo e sutura a strati dell'incisione operatoria ».

Il decorso postoperatorio fu il più felice e la malata passò, praticamente parlando, a guarigione.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale Coloniale Vittorio Emanuele III (Tripoli).

Dirett. col. med. CASTIGLIOLA dott. ORLANDO.

La febbre esantematica mediterranea a Tripoli (1)

per il dott. NASTASI ANTONINO, Capo del Reparto Malattie Infettive e Direttore del Laboratorio Batteriologico.

Mi sembra non priva d'interesse la descrizione del seguente caso di febbre esantematica mediterranea verificatosi a Tripoli, anche perchè è di grande attualità.

M. G., muratore, di anni 25, scapolo. Viene trasferito il 9 novembre 1931 d'urgenza al Reparto infettivi dal Reparto medicina nazionali per sospetto di tifo esantematico.

Nulla di notevole nei suoi precedenti ereditari e famigliari.

Nessuna malattia prima dell'attuale. Nega mali venerei. Beve poco. Fuma molto.

È arrivato dall'Italia il 13 febbraio 1931 e, dopo una quindicina di giorni di permanenza a Tripoli, è andato ad Azizia, dove — se si esclude l'assenza di qualche giorno — è rimasto ininterrottamente fino al 29 ottobre alle dipendenze di un concessionario lavorando alla trivellazione di un pozzo alla profondità di oltre 50 metri. Nel frattempo è stato sempre bene ed ha sempre lavorato.

Il 29 ottobre venne a Tripoli a lavorare in un cantiere; suoi compagni di lavoro erano tre arabi; l'ammalato il mattino mangiava in cantiere e la notte vi dormiva; la sera veniva in città.

Il giorno 5 novembre in pieno benessere, verso le 8 del mattino, l'a. venne colto da sensazione di freddo e da brivido intenso senza vomito; continuò a lavorare egualmente, ma verso mezzogiorno fu costretto a mettersi a letto per l'accentuarsi del malessere generale, per mal di testa e febbre che non fu misurata. Tutto il giorno seguente l'ammalato stette a letto con febbre alta e forti dolori alle gambe, alle braccia, alla testa, alla schiena, tanto che non gli consentivano i movimenti. Il giorno dopo, 7 novembre, venne chiamato un medico, il quale riscontrando condizioni generali gravi e febbre a 40° lo inviò all'Ospedale. L'a. venne ricoverato d'urgenza al Reparto Medicina Nazionali, dove il mattino dell'8 gli vennero **riscontrate delle macchie intorno all'ombelico;** la febbre durante la giornata oscillò fra 38°,5 e 39°,5. Il mattino del 9 l'eruzione si era diffusa a tutto il corpo compresa la faccia, il palmo delle mani e la pianta dei piedi ed essendosi sui suoi vestiti e sul corpo trovati dei pidocchi venne d'urgenza trasferito al Reparto Infettivi per sospetto tifo petecchiale.

FIG. 1.

Dopo bagno generale di pulizia e disinfestazione il giorno 10 novembre venne eseguito l'esame obiettivo.

Individuo di costituzione robusta, a nutrizione e sanguificazione buone e con masse muscolari trofiche e valide. Condizioni generali gravi; sensorio integro; cefalea; decubito indifferente; ma i movimenti sia attivi che passivi sono difficili per dolori che l'a. localizza ai muscoli delle braccia, delle cosce, delle gambe e del tronco. Volto un po' congesto; iperemia delle congiuntive specie in corrispondenza degli angoli interni ed esterni. Cute calda, arida; su tutta la sua superficie (volto, tronco, arti sup. ed inferiori, mani e piedi, comprese le palme e le piante) si nota la presenza di una eruzione costituita da numerose roseo

(1) Lavoro inviato al 1° Congresso Internazionale di Igiene Mediterranea di Marsiglia (settembre 1932).

le, di colorito roseo, poco rilevate sulla cute, rotondeggianti, grandi quasi quanto una lenticchia, a contorni regolari, non pruriginose, non confluenti, non desquamanti, che scompaiono quasi tutte con la pressione; alcune poche non scompaiono del tutto lasciando una tenue colorazione più intensa della cute. Esiti di herpes labialis. Non macchia nera. Lingua patinosa, un po' arida. Faringe arrossato. Polso: di frequenza 92, ritmico, a media pressione. Respiro frequente. Temperatura ascellare: 38,8. Pressione (Pachon): pmx: 150; pmn: 100.

Torace: simmetrico, espansibile, basi ad eguale altezza, mobili; ronchi, fischi e sibili sparsi per l'ambito.

Cuore: nei limiti, toni un po' oscuri.

Addome: alquanto teso per meteorismo, trattabile, indolente. Fegato: in alto al quinto spazio intercostale sulla emiclaveare, in basso non si palpa. Milza: in alto al settimo spazio intercostale sull'ascellare media, in basso non si palpa.

Sistema nervoso e sistema locomotore: nulla di obiettivo.

Sieroagglutinazione per tifo, paratifo A e B, melitense e proteus X19: negativa.

Emocultura: negativa.

Esame delle urine: albumina presente; urea 9,80 ‰; cloruri 5 ‰; indacano presente; nel sedimento: qualche cilindro ialino-granuloso, pochi leucociti isolati ed in via di disfacimento; poche cellule di sfaldamento; filamenti di muco.

Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili: 71,50 %; linfociti 22,50 %; mononucleati 6 %.

10 novembre: 38; 39,4; 39,9; 39,5;

FIG. 2.

11 novembre: 38,8; 39,5; 39,8; 39,8;

12 novembre: 38,4; 39,4; 39,4; 39,5.

Condizioni generali invariate; continuano le mialgie.

Sieroagglutinazione per tifo, paratifo A e B, melitense e proteus X 19: negativa.

Reazione di Wassermann: negativa.

13 novembre: 38,1; 38,2; 38,6; 38,8; sudore alla notte.

14 novembre: 37,8; 37,9; 38,3; 38,3; sudore alla notte.

Condizioni generali migliorate; le mialgie sono meno intense; qualche raro elemento eruttivo, solo là dove si è dovuto applicare il laccio per la presa del sangue, presenta piccole emorragie; milza palpabile all'arcata.

15 novembre: 35,5; 35,9; 36,2; 36.

Sieroagglutinazione per tifo e proteus X 19 con stipiti diversi dalle altre volte: negativa.

16 novembre: 36,7; 35,9; 36,2; 36,7.

Il miglioramento si accentua ed il malato accusa solo un notevole senso di stanchezza generale. Le roseole hanno assunto un colorito ocraceo e

FIG. 3.

scompaiono sempre alla pressione per quanto qualcuna non completamente; non desquamano.

28 novembre: le macchie continuano a impallidire sempre più ed in qualche punto hanno assunto colorito rosso vinoso, non desquamano, alcune non scompaiono completamente alla pressione.

25 novembre: sulle macchie, che incominciano a scomparire, specialmente su quelle degli arti superiori, si nota una leggera desquamazione.

FIG. 4.

27 novembre: le macchie continuano ad impallidire conservando il colore ocraceo e vanno scomparendo; su tutte è iniziata una lieve desquamazione a piccole lamelle più intensa agli arti superiori, ove è diffusa anche nei punti non maculosi.

1° dicembre: sieroagglutinazione per il proteus X 19 con quattro stipiti diversi al titolo da 1:50 a 1:2000: negativa.

Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili: 74 %; eosinofili: 6 %; basofili: 1 %; linfociti 15 %; mononucleati: 4 %.

12 dicembre: sieroagglutinazione per il proteus X 19 con quattro stipiti diversi al titolo da 1:50 a 1:2000: negativa.

Il malato viene dimesso dall'Ospedale guarito.

* * *

Si tratta dunque di un giovane che ammala improvvisamente con brivido di febbre, mialgie e artralgie diffuse, febbre alta; al terzo giorno, persistendo sempre la cefalea, le mialgie e le artralgie e la febbre alta, compare intorno all'ombelico una eruzione che in 24 ore si diffonde a tutto il corpo, compreso il volto, il palmo delle mani e la pianta dei piedi. Persistono sempre la cefalea e le mialgie che si vanno attenuando verso la settima giornata di malattia, mentre la temperatura si mantiene sempre alta e continua con remittenze mattutine oscillanti tra mezzo ed un grado. L'eruzione si fa più intensa, da rosea si fa rosso-fosca, in qualche punto non scompare del tutto alla pressione, ma non assume mai carattere emorragico. Il sensorio si mantiene sempre vigile;

la gravità dello stato generale è data solo dall'alta temperatura, ma da nessun altro sintomo concomitante. La notte del 10 giugno l'a. suda, la temperatura scende di un grado e quindi risale durante la giornata; la notte seguente l'a. suda più abbondantemente, la temperatura cade di tre gradi, nè più si ripresenta ed insieme con essa cessa ogni altra sintomatologia.

Le macchie intanto assumono una colorazione ocracea, scompaiono alla pressione lasciando solo una lievissima traccia ed in 20ª giornata si inizia una leggera desquamazione a piccole lamelle, che si esaurisce in cinque o sei giorni.

Il primo medico che visitò l'a. a domicilio, vistone lo stato grave, lo inviò all'Ospedale, ove fu ricoverato in un reparto comune. Ma da lì, due giorni dopo, per la comparsa delle macchie e per la presenza di pidocchi, venne d'urgenza trasferito al Reparto Infettivi ove vennero subito prese tutte le provvidenze profilattiche di disinfezione, di disinfestazione e di denunzia alle competenti Autorità sanitarie. L'inizio brusco, il sopravvenire in quarta giornata di una eruzione, che rapidamente si diffonde in tutto il corpo compreso il palmo delle mani e la pianta dei piedi, le mialgie e le artralgie, l'iniezione congiuntivale, la temperatura alta in un individuo infestato di pediculi giustificavano pienamente il sospetto di un caso di tifo esantematico.

Ma il successivo decorso della malattia non confermò affatto l'iniziale sospetto clinico. Intanto già la nessuna compromissione dello stato generale e l'assenza di decisa ipotensione stavano contro la diagnosi di tifo esantematico; ma più che altro deponeva contro l'assoluta mancanza di contagio, infatti nessun altro caso di malattia simile, anche solo lontanamente, si è verificato ad Azizia e a Tripoli nel cantiere ove l'a. lavorava. Tutte le ricerche inoltre sono state negative: negativa l'emocultura, negativa la Wassermann, negativa la agglutinazione ripetuta ben cinque volte con ceppi diversi e sicuri di tifo, paratifo A e B, melitense e proteus X 19. Adunque non si è trattato di tifo esantematico e la coincidenza di pediculi nell'a. era soltanto fortuita, perchè di pediculi erano infestati anche gli arabi che con lui stavano nel cantiere.

Agevolmente per la sintomatologia clinica, per il decorso, per la negatività degli esami di laboratorio si escludono l'eritema polimorfo essudativo, il morbillo, la febbre tifoide, la sifilide.

Non è il caso di prendere in considerazione, anche per ragioni geografiche, la febbre fluviale del Giappone, la febbre esautematica delle Montagne Rocciose, il pseudo-tifo di Delhi.

Si esclude il dengue per i diversi caratteri dell'esantema che s'inizia verso il terzo giorno, marcatamente a livello delle mani, dei polsi, delle avambraccia, da cui si diffonde a quasi tutto il corpo e vi dura solo tre o quattro giorni per terminare con modesta desquamazione furfuracea, annunziatrice, tra la quinta e l'ottava giornata, della convalescenza; ma più che altro si esclude per l'assoluta mancanza di contagiosità.

Il caso in esame non si può dunque non annoverare tra quelle affezioni che da una ventina di anni attirano l'attenzione degli studiosi dei paesi mediterranei: febbre eruttiva di Carducci, febbre esantematica mediterranea (o febbre di Marsiglia), febbre bottonosa di Tunisi, dermotifo estivo benigno non diffusibile di Pecori (o febbre di Roma).

Questa affezione, di cui i primi casi vennero descritti da Conor e Bruch in Tunisia e poi a Roma da Falcioni, Carducci, Cesari, Filippella, venne successivamente descritta in casi sporadici in altre località: a Napoli da Castronovo, alla Maddalena da La Terra, a Genova da Agnoli e da Berni, in Spagna da Tapia e da Horques, nel Marocco da Beros e Balozet, in Sicilia da Gulino, da Privitera e da Cannavò, a Treviso da Rubinato, nelle Romagne da Corinaldesi. Essa venne specialmente studiata da Pecori a Roma e da D. e J. Olmer a Marsiglia.

Grande incertezza esiste tuttora circa la nosografia e la etiologia delle suddette affezioni e mentre alcuni AA. (Pecori, Sampietro, Nette) tendono ad avvicinarle con il morbo di Brill, e vi trovano perciò una stretta parentela con il classico tifo petecchiale, la maggioranza invece pensa che solo il morbo di Brill rappresenti una forma di tifo petecchiale, mentre le altre affezioni descritte con nomi diversi, a seconda delle regioni dove si sono osservate, non siano che una identica affezione, ma essenzialmente diversa dal tifo petecchiale e dal morbo di Brill. Dunque unicisti e dualisti: secondo gli unicisti, unica forma morbosa, tifo petecchiale, che a seconda delle condizioni di tempo e di luogo, del serbatoio (cane, rosicanti) e dell'ospite trasmettitore (zecca, pulce, pidocchio), può assumere differenti varietà: tifo petecchiale classico, grave, contagioso, diffusibile, trasmesso dal pidocchio, e tifi be-

nigni non diffusibili o morbo di Brill, trasmessi da altri artropodi.

Secondo i dualisti invece: tifo petecchiale e morbo di Brill, di cui quest'ultimo sarebbe una forma attenuata da una parte; e febbre esantematica mediterranea, che riunirebbe le altre forme morbose, dall'altra.

Gli unicisti basano la loro opinione: sulla positività quasi costante della Weil-Felix quando si allestisca su stipiti di proteus X 19 adeguati ed in convalescenza, e trovano la spiegazione della mancanza di contagiosità, della diffusione estiva, della comparsa di casi o focolai sporadici nel fatto che l'infezione si manifesta in un ambiente senza pidocchi, in quanto la trasmissione del virus avverrebbe dal serbatoio, rappresentato dal cane, all'uomo, per mezzo di una zecca parassita abituale del cane e che solo eccezionalmente punge l'uomo.

I dualisti invece si fondano: sulla diversa qualità dell'eruzione, sul diverso andamento clinico, sulla mancanza assoluta di contagiosità, sulla negatività della reazione di Weil-Felix (ad eccezione dei casi di Pecori e di qualche altro), sul fatto che il virus esantematico mediterraneo se patogeno per la scimmia, non lo è per la cavia, e che le esperienze immunitarie crociate dimostrano l'indipendenza dei due virus, esantematico mediterraneo e tifoso petecchiale.

Per il Basile poi tutte le forme sudescritte non sarebbero che varietà del cosidetto « tifo tropicale » che è una malattia non infettiva che prevale in ampie epidemie, non è associato a miseria o affollamento, non si sparge da uomo a uomo; esso non è trasmesso dal pidocchio, bensì si sospetta che possa essere determinato all'uomo per puntura di altri insetti ematofagi o di acari, parassiti di roditori e dell'uomo, i quali possono essere ospiti depositari del virus.

Si distinguono due forme di tifo tropicale, diverse per la distribuzione, per l'epidemiologia e per le reazioni sierologiche: una forma W, malattia essenzialmente urbana, che non sarebbe altro che il morbo di Brill; una forma K, malattia essenzialmente delle contrade aperte o malattia di Megaw.

***

La febbre esantematica venne riscontrata anche nelle Colonie Italiane del Mediterraneo.

In Cirenaica, Medulla sulla scorta dei suoi appunti e sulle notizie raccolte ha potuto avere dati precisi su ventidue casi di febbre del genere osservati in quella Colonia dalla nostra occupazione, sino al 1930.

In Tripoli sono stati descritti pochissimi casi e precisamente due da Gabbi come « fièvre boutonneuse » nel 1913, ed una dal capitano medico D. Longo come « tifo esantematico endemico benigno (malattia di Brill) » nel 1928. A quelli viene ora ad aggiungersi il presente caso.

Il primo caso di Gabbi — favoritogli dal prof. Banchi, allora tenente medico a Tripoli — riguardava un soldato di 21 anni il quale dopo qualche giorno di malessere veniva colto da febbre alta e da dolori intensi che interessavano quasi tutti i muscoli e le articolazioni e che lo rendevano quasi immobile. All'esame generale nulla di speciale, nemmeno tumore di milza; per tutto il corpo si notava la presenza di chiazze di esantema, vere nacchie che andavano da 4-5 mm. di diametro ad un massimo di 15-20, a forma rotondeggiante con contorno come lievissimamente dentellato; dure, non rilevate, esse si trovavano anche sugli arti e specialmente in prossimità delle articolazioni ed anche alla palma della mano ed alla pianta dei piedi. Il loro colore al primo giorno era di un rosso-rosa pallido e tanto più quanto più recenti erano, eppoi rosso-vivo. Sulla mucosa orale in prossimità dell'ugola si vedevano rari circoscritti arrossamenti da far pensare ad un enantema. Il decorso della malattia fu breve; la temperatura oscillò sui 39 e cadde in ottava giornata mentre qualche giorno prima erano diminuiti anche i dolori. Le macchie cutanee scomparvero lasciando come delle suggellazioni di colorito violaceo prima, e poi bruno; su di esse si verificò una lieve desquamazione furfuracea; non prurito.

Il secondo caso di Gabbi — favoritogli dal dott. Mazzolani, allora primario nell'Ospedale civile di Tripoli — riguardava un arabo, e, per ragioni indipendenti dalla volontà dei due egregi AA. appare poco chiaro nella anamnesi e nella sintomatologia; si potè infatti solamente ricavare che l'ammalato ebbe otto giorni di febbre non molto elevata con dolori muscolari e periarticolari e che aveva avuto sul tronco e sugli arti la comparsa di macchie che al momento dell'esame erano limitate e scarse alla parte alta del tronco verso le spalle e sugli arti superiori, ma specialmente verso il cubito, al dorso delle mani e alla palma; esse erano larghe quanto una lenticchia od un lupino, talune confluenti, di colorito roseo e talune brune (le più antiche).

Nell'uno e nell'altro caso non furono eseguiti esami, nè è detto se vennero riscontrati ectoparassiti.

Il caso di Longo riguardava un soldato di 20 anni, il quale dopo due giorni di dolori al rachide, debolezza generale, inappetenza, aveva presentato febbre ed una eruzione di piccole roseole che, iniziate all'ipocondrio ed al fianco destro, si erano in 24 ore diffuse a tutto il corpo; molto più pronunciato alle estremità, abbastanza manifesto al viso, più ancora al palmo delle mani ed alla pianta dei piedi, l'esantema aveva in parecchi punti carattere petecchiale poichè le efflorescenze, che spesso raggiungevano dimensioni notevoli, non scomparivano sotto la pressione digitale e lasciavano una macchia livida. Sensorio integro, mancanza di cefalea; nessuna escara; milza a due dita dall'arcata. La febbre ad andamento remittente durò 11 giorni e cadde per lisi durata due giorni. La sieroagglutinazione per il proteus X 19 diede risultato positivo fino al titolo 1:500. Non furono trovati pidocchi nè addosso all'ammalato nè sui suoi indumenti.

*
* *

Il caso in esame riveste un interesse tutto speciale in quanto addosso all'ammalato furono trovati dei pidocchi dei vestimenti e su un cane ed un cammello che vivevano nella medesima casa colonica furono trovate delle zecche, che vennero identificate come *Rhipicephalus sanguineus* quelle del cane e come *Hyalomma aegyptum* ed *Ambriomma variegatum* quelle del cammello.

L'ammalato insistentemente interrogato afferma di aver trovato sui primi di ottobre alcune di tali zecche sulle sue gambe, ma di non aver mai notato nè punture nè altre lesioni da esse determinate.

La concidenza dei due insetti, pidocchio e zecca, è molto interessante in quanto la presenza del primo fa cadere uno degli argomenti su cui Pecori crede di trovare la spiegazione della comparsa di casi o focolai del suo « dermotifo estivo benigno non contagioso » e cioè « nel fatto che la infezione si manifesta in un ambiente senza pidocchi »; infatti a parte la presenza di pidocchi dei vestimenti nel nostro ammalato è risaputo che tali insetti sono comunissimi negli arabi, tanto che essi non tentano nemmeno di liberarsene con la scusa: « perchè ammazzare, se tornare? ».

La presenza della zecca poi conferma che questo insetto possa essere il vettore della febbre esantematica mediterranea, secondo quanto pensa la maggioranza degli AA.

Importante è anche nel caso in esame la costante negatività della siero-agglutinazione per il proteus X 19; ci si è messi nelle migliori condizioni richieste dal Pecori e dal Sampietro: si è ripetuto l'esame per ben cinque volte e l'ultimo a convalescenza inoltrata, a trentasette giorni dall'inizio della malattia; si sono adoperati stipiti diversi e sicuri di proteus X 19: uno del Laboratorio Batteriologico di questo Ospedale e proveniente dall'Istituto Sieroterapico Milanese, tre gentilmente favoriti dal Direttore del Laboratorio della Sanita Pubblica, dott. Tabarelli.

*
* *

Alcuni caratteri dell'esantema, l'assenza di ectoparassiti la positività della siero-agglutinazione per il proteus X 19 bastano indubbiamente a differenziare il caso Longo da quello attuale ed ad includere il primo nel « morbo di Brill » e il secondo nella « febbre esantematica mediterranea », per quanto alcuni altri caratteri riavvicinino le due affezioni in modo veramente suggestivo: inizio acuto con prodromi di algie diffuse, esantema che si diffonde rapidamente colpendo anche volto, mani e piedi, non compromissione dello stato generale, caduta della febbre dopo dieci giorni.

I casi di Gabbi invece hanno dei punti di contatto con ambedue le affezioni e per l'assenza di esami di laboratorio non è facile il dire a quale delle due potrebbero ascriversi.

In tutti i modi certo si è che questi casi hanno molti caratteri in comune che li avvicinano e fanno pensare che possa trattarsi della medesima infezione sia che essa voglia chiamarsi « febbre esantematica mediterranea » o « febbre bottonosa di Tunisi » o « febbre eruttiva di Carducci »; se in queste affezioni siano da ascrivere poi anche i casi di Pecori con reazione positiva per il proteus X 19 o se tutti, ivi compreso il morbo di Brill, nulla abbiano a che fare col tifo petecchiale, ma siano soltanto varietà del « tifo tropicale », come vuole il Basile, è da augurarsi che possano dircelo ulteriori osservazioni.

RIASSUNTO.

L'A., traendo occasione da un caso di febbre esantematica mediterranea osservato, riunisce tutte le affezioni consimili descritte fin'ora a Tripoli; discute sulla diagnosi differenziale; e pensa che molti caratteri le avvicinano in modo da far ritenere che possa trattarsi della medesima infezione.

BIBLIOGRAFIA.

CASTRONUOVO. Riforma medica, n. 4, 1928.

E. LA TERZA. Annali di Medicina Navale e Coloniale, maggio-giugno 1929.

D. FALCIONI. Policlinico, Sezione Pratica, n. 13, 1920.

C. M. BELLI. Rinascenza Medica, 15-12 1928.
FILIPPELLA. Policlinico, Sezione Pratica, n. 9, 1923.
TRAMBUSTI. Rinnovamento Medico, giugno 1929.
PECORI. Annali d'Igiene, gennaio 1929.
CARDUCCI. Rivista Ospedaliera, 1920.
CAVALLETTI. Rivista Ospedaliera, luglio 1929.
CANAVÒ. Riforma Medica, n. 4, 1931.
LONGO. Ibid., n. 26, 1929.
MEDULLA. Ibid., n. 19, 1930.
CORINALDESI. Policlinico, Sez. Pratica, n. 34, 1931.
RUBINATO. Ibid., Sezione Medica, n. 10, 1930.
C. BASILE. Giornale It. Malattie Esotiche Tropicali, n. 2, 1931.
SAMPIETRO. Annali d'Igiene, n. 4, 1930.
Ministero dell'Interno. Dèngue, 1929.
GRIXONI. *Geografia Medica e d'Igiene dei nostri paesi coloniali*, Roma.
MAZZOLANI. Riforma Medica, n. 17, 1928.
PONTANO. Policlinico, Sezione Pratica, n. 14 e 45, 1928.
GABBI. Malaria e malattie dei paesi caldi, n. 2, 1913.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Sull'assenza di correlazione fra le sindromi nervose e le modificazioni del liquido cefalo-rachidiano.

(DE MASSARY. *Bull. de l'Acad. de médec.*, n. 32, 1932).

L'assenza di correlazioni fra le sindromi nervose e le modificazioni citochimiche del liquido c. r. è stata notata da numerosi autori, ma si dimentica facilmente e si ritiene che la intensità più o meno grande delle modificazioni biologiche del liquido c. r. ci informano con certezza dell'evoluzione delle lesioni nervose. Un'affermazione di tal genere porta ad errori. A malgrado peraltro della moltiplicazione delle ricerche sul liquido stesso, il problema non ha ricevuto soluzione netta.

Per quanto riguarda la linfocitosi, Ravaut, Widal ed altri hanno stabilito l'esistenza nei sifilitici secondari, senza sintomi nervosi di una linfocitosi scomparente con la terapia, e le più rare e più discrete linfocitosi del periodo terziario; De Massary e Tockmann hanno fissato l'evoluzione della reazione cito-chimica nella parotite, nella quale l'episodio meningeo è costante, e nella quale la reazione citologica avviene a poussée non coincidenti con le manifestazioni cliniche. In questa malattia l'A. non ha trovato mai correlazione fra la gravità dei sintomi e l'intensità della formula leucocitaria: con formule leucocitarie povere potevano aversi sindromi allarmanti, con linfocitosi massive, corrispondevano assenza di sintomi nervosi.

Nell'encefalite epidemica sono i fenomeni clinici costanti e sorpassanti per importanza le modificazioni biologiche del liquido c. r., modificazioni che spesso mancano o sono moderate.

Nell'epidemia del 1930 di poliomielite Rohemer e collaboratori insistettero sull'assenza di relazioni fra l'importanza della sindrome e le modificazioni del liquido, c. r.

Altre infezioni generali, per esempio le tifiche, realizzano delle sindromi nervose gravi, specie nelle cosidette forme atasso-dinamiche, e ciò con la costante integrità del liquido. Così si verifica in alcune intossicazioni: ad es. da piombo, da alcool; così avviene nelle infezioni lente. Per es. la sifilide. La sifilide cerebrale, ordinariamente assume forme diverse: talora sintomi a mala pena evidenti ma con linfocitosi abbondante, talora emiplegie complete senza alcuna modificazione cito-chimica se è in causa una arterite obliterante. Più discusse sono la tabe e la paralisi generale: la tabe procede a tappe, e numerosi sono gli esempi di tappe in cui linfocitosi e sintomi sono dissociati. Così si può osservare nella paralisi generale, allorchè si esegua la puntura sistematicamente.

La spiegazione di questa assenza di correlazione, devesi ricercare nell'anatomia patologica. Il sistema nervoso è costituito da due tessuti, uno parenchimatoso di origine ectodermica forma la cellula nervosa, elemento insostituibile, altamente differenziato, l'altro di origine mesodermica, il tessuto connettivo vascolare, forma con le meningi, il sostegno banale della cellula nervosa. Per molto tempo si è creduto ad una dipendenza costante fra questi due tessuti; il tessuto connettivo vascolare leso formava una sclerosi che strozzava la cellula nervosa; secondo questa teoria, l'intensità delle reazioni biologiche poteva insegnarci qualche cosa sullo stato delle lesioni nervose. Oggi questa teoria della interdipendenza è sorpassata: la lesione parenchimatosa non è più considerata come secondaria ad una meningite. L'agente infettivo o tossico può colpire direttamente l'uno o l'altro tessuto esclusivamente; può anche colpire ambedue, ma, in questo caso non simultaneamente nè con la stessa gravità. Nelle infezioni acute come la poliomielite, la meningite, non condiziona la lesione nervosa: questa esiste da sola quale conseguenza dell'azione diretta del virus sulla sostanza nervosa. Lo stesso per le infezioni lente: la differenza fondamentale che separa gli accidenti sifilitici dagli accidente parasifilitici, si spiega con la differenza delle lesioni. Gli accidenti sifilitici che guariscono con il trattamento specifico colpiscono il tessuto di provenienza mesodermica, arteriti e gomme, mentre i cosidetti accidenti parasifilitici, ribelli alle cure ledono direttamente le cellule nervose di origine ectodermica, elementi insostituibili che non proliferano e muoiono appena toccati dall'agente infettivo. Le ricerche moderne ne danno una prova mostrando il treponema nel mezzo delle cellule nervose. Come allora comprendere la assenza di correlazione fra lesioni e reazioni biologiche del liquido cefalorachi-

diano? Con la clinica noi interroghiamo la cellula nervosa, con la puntura lombare, il tessuto connettivo vascolare e meningeo. Le risposte debbono essere differenti poichè ciascun tessuto leso per suo conto risponde con la reattività che gli è propria. Se il tessuto connettivo vascolare e meningeo è soltanto il toccato, le reazioni biologiche saranno intense mentre nulle saranno le ricerche cliniche; se solo la cellula nervosa è irritata, la sindrome sarà completa mentre nulle saranno le reazioni biologiche. Se un virus lede contemporaneamente i due tessuti non è obbligatorio che lo sia a lo stesso momento ed allo stesso grado; ed i due tessuti reagiranno con diversa intensità e la sindrome nervosa non coinciderà con la sindrome biologica. In questi casi occorrono punture ripetute per stabilire una diagnosi completa. MONTELEONE.

La sintomatologia dei tumori apicali. (Sindrome apico-costo-vertebrale dolorosa).

(J. W. TOBIAS. *Rev. Med. Latino Americana*, settembre 1932).

Con la denominazione di *tumore apicale* l'A. intende riferirsi ad un processo neoplastico di natura maligna, secondario ad un cancro del vertice polmonare oppure secondario ad un carcinoma di un bronco principale o dello stomaco e che abbia invaso secondariamente la regione apicale di un emitorace. Questo tumore apicale è alloggiato nel seno costo-vertebrale e si estende, posteriormente, alle parti molli retrorachidee mentre in basso non sorpassa generalmente il terzo posteriore della terza costola e la corrispondente articolazione, essendo limitato all'infuori dalla pleura parietale della cupola che è anch'essa coinvolta dal processo neoplastico.

Gli organi che sono contenuti o limitano questa regione vengono invasi dal processo tumorale, che attacca così la cupola pleurica, il ganglio stellato ed i suoi rami comunicanti, l'ottavo nervoso cervicale ed il primo dorsale, costituenti i cordoni di origine del plesso brachiale, a volte il plesso brachiale stesso, e nello stesso tempo il tessuto cellulo-ganglionare linfatico del seno costo-vertebrale e le masse muscolari delle doccie spinali.

Questo caratteristico processo neoplastico costituisce, secondo l'A., che ha avuto occasione di osservarne quattro casi, una entità anatomo-clinica a sè, e dà luogo ad una sindrome che può essere anatomo-clinicamente denominata come *sindrome apico-costo-vertebrale dolorosa*. Ciò naturalmente quando il quadro del tumore apicale non sia preceduto o accompagnato simultaneamente da una sintomatologia clinica o radiografica di un cancro vertebrale il quale, invadendo le prime vertebre dorsali, potrebbe dar luogo ad una sintomatologia molto simile a quella del tumore apicale; invece l'apparizione ulteriore di una invasione vertebrale secondaria non infirma il concetto di primitività del tumore apicale.

Nei casi osservati dall'A. però, la caratteristica sindrome apico-costo-vertebrale dolorosa era dovuta al solo tumore apicale, senza partecipazione sintomatica che potesse attribuirsi ad una invasione ossea vertebrale.

Sintomatologia. I seguenti sintomi costituiscono la *sindrome a.c.v. dolorosa*:

1) *sintomi nervosi* a) *radicolari*: sono precoci nella loro apparizione anzi aprono il quadro morboso e si mantengono durante tutta la sua evoluzione. Sono dolori moderati all'inizio, che aumentano progressivamente d'intensità, con crisi o parossismi di dolore vivo, violento ed intollerabile, che resistono tenaci ad ogni medicazione sintomatica e sono momentaneamente calmati dagli oppiacei: questi dolori diventano mano a mano permanenti e le crisi di esacerbazione si presentano via via più frequenti fino a stabilire un vero stato di *male doloroso*. I disturbi sensitivi sono accompagnati da disturbi dei riflessi motori e da alterazioni trofiche dell'arto superiore destro. Per la distribuzione topografica a tipo radicolare delle alterazioni obiettive della sensibilità (anestesia, iperestesia cutanea) per la localizzazione, irradiazione e carattere del dolore e finalmente per il tipo delle atrofie e delle paralisi muscolari queste alterazioni corrispondono nettamente al quadro clinico delle sindromi radicolari.

I disturbi sensitivi permettono non solo la diagnosi esatta di localizzazione ma anche, in alcuni casi, la diagnosi di natura.

Oltre a questi dolori a tipo radicolare esistono anche dolori a tipo intercostale (secondo e terzo n. intercostale) ed un terzo tipo di dolore, localizzato nella regione scapolare nella fossa sopraspinosa e nella parte superiore dello spazio interscapolo-vertebrale: questi dolori però non hanno la caratteristica violenza ed evoluzione per crisi dei primi.

b) *simpatici*. È generalmente presente la sindrome di Bernard-Horner per paralisi del simpatico cervicale, che può essere preceduta o no da sintomi di eccitazione del simpatico cervicale (sindrome di Pourfour du Petit: midriasi, esoftalmo, allargamento della rima palpebrale. Di natura simpatica può essere anche considerato un tipico sintoma doloroso, osservato in un caso e consistente in intenso dolore costrittivo retrosternale, paragonabile a quello di un anello che vada costringendo l'emitorace destro sempre con maggior forza.

Altri sintomi di origine simpatica possono essere l'anidrosi della metà destra del capo, del collo e dell'arto superiore destro, una tachicardia senza alcuna lesione dell'apparato cardiovascolare e renale e senza ipertiroidismo, o invece la pelle sudante, calda, lucida brillante, infiltrazioni edematose localizzate, ecc.

2) *Sintomi apicali.*

L'apice o cupola pleuro-polmonare dà sintomi clinici e radiologici che variano secondo lo

stadio della malattia in cui l'infermo viene all'osservazione e secondo che il processo neoplastico è primitivo o secondario.

I sintomi clinici del tumore della cupola pleurica sono poco evidenti all'inizio, corrispondendo ai segni fisici che dà alla percussione e ascoltazione la pleurite apicale. Maggiore importanza ha l'esame radiologico, che scopre un'ombreggiatura dell'apice polmonare in alcuni casi, mentre in altri, si ha addirittura una opacità assoluta ed uniforme dell'apice. Se esaminati tardivamente alcuni casi non presentano più la sintomatologia clinica e radiologica di un processo apicale, ma quella di un processo pseudo-lobare o lobare.

3) *Tumefazione paravertebrale.* Era sintoma costante nelle osservazioni dell'A., in forma di una massa tumorale unica dolorosa e di consistenza dura, non aderente alla pelle, localizzata alla parte interna della fossa sopraspinosa e alla metà superiore dello spazio interscapolo-vertebrale, che ne risultano deformate.

Interpretazione anatomo-clinica della sindrome.

Il carattere violento progressivo dei dolori fa pensare che non si tratti di semplici dolori da compressione della massa tumorale sui nervi ma che siano in causa una funiculite e plessite originate da invasione del perinervio ed endonervio da parte delle cellule cancerose delle masse secondarie che inglobano i tronchi nervosi. E ciò è anche dimostrato da un reperto anatomo-patologico di invasione di un nervo intercostale da parte di un cancro pleuro-polmonare. Riguardo alla sintomatologia simpatica, i lavori di Colomiatti e dell'A. hanno dimostrato che i nervi e i gangli del simpatico possono essere invasi dalle cellule cancerose, nella stessa maniera come sono invasi i nervi del sistema cerebro-spinale, e non soltanto nella loro porzione funicolare e nei plessi, ma anche nella loro porzione periferica. Perchè non ammettere allora che la penetrazione delle cellule cancerose nel ganglio stellato e nei rami comunicanti sia capace di provocare la sindrome di Pourfour du Petit e di Bernard-Horner? È evidente la facilità con cui può originarsi, per una lesione apicale, la compressione o invasione del ganglio stellato e dei suoi rami comunicanti, essendo questo in contatto quasi immediato con la cupola pleurica: un processo canceroso che ha sede nel vertice del polmone può quindi determinare fenomeni di eccitazione e di paralisi del ganglio stellato e dei suoi rami comunicanti.

I sintomi nervosi rachidei sono altrettanto facilmente spiegabili con una metastasi tumorale nel seno costo-vertebrale, metastasi che ha luogo attraverso i linfatici della cupola splenica e che invade il plesso brachiale e i suoi rami di origine. I dolori precordiali a tipo costrittivo, i disturbi vasomotori e secretori, devono essere interpretati come fenomeni di indole simpatica: così pure la tachicardia, dato che non esistono segni di affezione cardio-renale o di ipertiroidismo.

I sintomi clinici e radiologici del tumore dell'apice polmonare sono costanti in tutti i casi. La immagine radiologica non aumenta in estensione quando è originata da un cancro primitivo del vertice polmonare o quando questo sia coinvolto da un cancro apicale secondario.

Quando i sintomi clinici e radiologici dell'apice polmonare corrispondono ad un cancro lobare che si inizia al vertice, la immagine radiologica aumenta in estensione e profondità, si fa pseudo-lobare o lobare e nello stesso tempo si accompagna ai segni fisici di un cancro lobare del polmone.

La tumefazione paravertebrale, costante, di apparizione relativamente precoce e di accrescimento rapido, corrisponde per la sua localizzazione anatomica alla parte posteriore del tumore apicale che è alloggiata nella doccia costo-vertebrale o spinale. G. LA CAVA.

Le epilessie dell'età adulta.

(J. ABADIE. *Revue neurologique*, n. 6, 1932).

Nell'età adulta si mostrano le epilessie dette tardive, cioè quelle il cui inizio avviene dopo i 30 anni, molto meno frequenti di quelle dei giovani, molto più frequenti di quelle dei vecchi: tre sono le grandi cause che le determinano: i traumi, il puerperio, la sifilide acquisita. Nell'età adulta bisogna tener conto dell'istero epilessia ed aggiungere due forme moderne « l'epilessia pleurica e l'epilessia cardiaca ».

L'istero epilessia: vocabolo da condannarsi perchè non rispondente ad alcuna realtà patologica, ed usato da chi vuol dissimulare una insufficienza diagnostica, un'incertezza, un errore. Nessuno ammette più la trasformazione dell'isteria in epilessia e viceversa: la questione dibattutasi durante e nell'immediato dopo guerra, a proposito di forme verificatesi in militari, sembra definitivamente chiusa: non esiste alcuna identità di natura fra epilessia ed isteria, ma non è eccezionale ritrovare le due lesioni sullo stesso individuo, ma in nessun caso la una deriva dall'altra, ed in particolare mai la epilessia proviene dall'isteria per via di trasformazione o di aggravamento. Una volta costituite, quando esse sono associate, le crisi convulsive sono o isteriche od epilettiche, esse non si combinano mai in ibridismo di epilessia e di isteria. Si può in certi casi incontrare degli elementi isteroidi nella crisi epilettica e degli elementi epilettoidi nella crisi isterica, ma si tratta di apparenze cliniche e non di fenomeni essenziali e rilevabili nella loro realtà con la prolungata ed attenta osservazione. Quindi niente istero epilessia, tutt'al più associazione di isteria ed epilèssia e, meglio ancora specificare le manifestazioni ad es.: acces-

si epilettici e crisi isteriche; accessi epilettici ed emiplegia isterica, ecc.

L'epilessia traumatica: è appannaggio evidente di tutte le età, ma per ovvie ragioni è più frequente nell'adulto esposto più facilmente ai grandi traumi del lavoro o della guerra. L'epilessia è una delle più frequenti complicazioni dei traumi cranio cerebrali (10-20 %). Può sopravvenire ai traumi più diversi di forma e di intensità, a traumi non penetranti, a commozioni, contusioni cerebrali, esostosi, ecc. Si mostra specialmente nei traumi penetranti con frattura, scheggiamenti, lesioni gravi delle meningi, spappolamento della sostanza nervosa, penetrazione di corpi estranei, di proiettili specialmente, in particolar modo se dotati di scarsa velocità (scheggie di obici) ovvero di grande volume. È ancor più frequente dopo gli interventi chirurgici precoci o tardivi, specie se ripetuti e importanti, per i nuovi danni che apportano alle meningi. Al contrario i corpi estranei intracerebrali, specie se penetrati a grande velocità, sarebbero ben tollerati e talora, in questi casi, l'epilessia è comparsa dopo l'intervento chirurgico. È segnalata anche come fattore di epilessia, la legatura dei vasi del collo. Non fanno prevedere la epilessia nè l'età, nè la lunghezza del coma iniziale, la intensità dei disturbi subiettivi cerebrali susseguenti. Sarebbero per alcuni, fattori predisponenti: l'ereditarietà, la sifilide, gli eccessi alcoolici; per altri questi fattori non avrebbero valore. Tutti sono d'accordo nel ritenere che una epilessia anteriore anche larvata, viene dopo il trauma, aggravata. I traumi cranio-cerebrali che determinano l'epilessia, sono specialmente quelli che colpiscono i lobi parietali del cervello, vengono poi in via discendente le ferite dei lobi frontali, dei lobi temporali, ed occipitali. Le lesioni della zona rolandica forniscono i quattro quinti delle epilessie traumatiche. Le ferite del cervelletto non sembrano essere epilettogene.

L'epilessia traumatica può esser precoce, acuta, transitoria scompare dopo la scomparsa dei primi accidenti spontaneamente o dopo intervento.

L'epilessia traumatica durevole, è raramente precoce; in genere si mostra dopo 5-10 mesi (5 %), o dopo 18 mesi (3 %). Dopo due anni le probabilità di esplosione sarebbero minime. La lunghezza della latenza sarebbe tanto maggiore quanto più estesa, più profonda, più distante dalla regione rolandica, più ritardata nella cicatrizzazione è la ferita. Sarebbe più breve nei traumi non penetranti.

In un terzo dei casi l'epilessia traumatica sarebbe del tipo bravais-jacksoniana (specie nelle forme transitorie, precoci o ritardate), o di epilessia generalizzata (specie nelle forme durature, tardive). La prima per lo più è motoria a tipo mono od emi, talora sensitiva, la seconda ha il carattere del mal comiziale volgare.

L'evoluzione è essenzialmente variabile, e sfugge ad ogni regola.

Si può affermare che l'epilessia traumatica è, in tesi generale, assai ribelle alla terapia antiepilettica: non pertanto l'epilessia comparsa poco tempo dopo il trauma ha netta tendenza a scomparire, specie se si tratta di lesioni semplici dello scheletro cranico.

L'epilessia traumatica precoce riconosce come causa ordinariamente una irritazione diretta della zona rolandica (corpi estranei, emorragie meningee primitive od altra reazione settica meningea e simili. L'epilessia distanziata è in genere dovuta ad un ascesso meningeo o cerebrale tardivo, o ad una emorragia meningea secondaria, o ad una meningite pseudo cistica, ad un processo evolutivo di encefalite con disintegrazione ed emorragie interstiziali. L'epilessia traumatica generalizzata sembra risultare più dalla costituzione del tessuto cicatriziale che dalla lesione iniziale di per sè. Più vi è produzione di tessuto cicatriziale più vi è probabilità di epilessia. I traumi superficiali portano più facilmente all'epilessia, delle grosse perdite di sostanza e dei proiettili intracranici. L'epilessia traumatica sarebbe rara nei semplicemente fratturati del cranio. Spesso la epilessia bravais-jackson persistendo si trasforma frequentemente nel tipo generalizzato.

L'epilessia puerperale: i fatti attualmente conosciuti intorno alla questione, permettono di dividerli in tre gruppi. Dobbiamo considerare:

1) l'influenza reciproca dell'epilessia e della puerperalità.

2) l'epilessia puerperale propriamente detta.

3) l'eclampsia puerperale.

Per quanto riguarda il primo punto, sarebbe la regola un aggravamento dell'epilessia ad ogni gravidanza, aggravamento che può scomparire col parto, od essere definitivo. È però da segnalare che uno stato di male, grave o mortale è stato raramente osservato in epilettiche durante la gravidanza. È ammesso che in taluni casi la gravidanza porti un miglioramento, il più spesso sotto forma di attenuazione della malattia, eccezionalmente sotto forma di interruzione degli accessi di mal comiziale. La guarigione definitiva della malattia nel corso della gravidanza è cosa ancora da dimostrare: di fronte ad affermazioni del genere provenienti dallo studio delle singole casistiche molti ostetrici ritengono la gravidanza di nessuna azione sull'epilessia, come pure non sembra che il parto porti ad aggravamento. Insomma bisogna concludere che anzitutto è impossibile prevedere all'inizio di una prima gravidanza quale sarà la influenza sulla epilessia, ma in una donna epilettica l'influenza della puerperalità ha tendenza a manifestarsi sempre allo stesso modo nelle gravidanze successive. Mancano ricerche precise per stabilire l'influenza del puerperio e dell'allattamento.

Per quanto riguarda l'azione dell'epilessia

sulla gravidanza, si può dire che non esercita alcuna azione sfavorevole, nè aborto nè parto prematuro, nè disturbi nel lavoro nè nell'allattamento. Insoluto resta il problema se una epilessia predisponga al determinarsi di una eclampsia.

Come epilessia puerperale devesi intendere ogni e. che intervenga per la prima volta durante una gravidanza, nel corso del parto o dell'allattamento, indipendentemente da ogni manifestazione eclamptica vera. Alcuni autori ritengono possibile la comparsa di una epilessia post-eclamptica, di prognosi meno grave della comune epilessia. Altra forma ammessa è la epilessia postinfettiva puerperale.

L'eclampsia secondo le moderne concezioni non devesi più considerare come una malattia autonoma e specifica dello stato puerperale, ma più semplicemente come uno stato epilettico acuto, di causa tossica, da porsi come una varietà speciale nel capitolo delle epilessie provocate da intossicazioni. Dunque non si deve ritenere una malattia ma una sindrome, proveniente da una tossiemia gravidica.

La sifilide acquisita è una delle cause da più lungo tempo incolpate nelle produzione dell'epilessia: essa può aggravare una epilessia preesistente, ovvero provocare una epilessia transitoria, nel periodo secondario, più frequentemente nel periodo terziario, ovvero può provocare tardivamente una epilessia durevole e ribelle ai rimedi. L'epilessia parasifilitica compare invece in antichi sifilitici senza accompagnarsi a sintomi cerebrali sintetici: essa è duratura e ribelle ai rimedi specifici. Insorgerebbe 10-20 anni dopo la infezione, bruscamente, senza prodromi, con grandi accessi convulsivi.

Recentemente è stata segnalata la epilessia come complicazione della malario-terapia in parasifilitici generali. Secondo i segnalatori comparirebbe nell'1 % dei malarizzati. Secondo Leroy e Médakovitch, sarebbe una epilessia del tipo infettivo e provocata esclusivamente dalla malaria (malaria larvata). L'epilessia postmalarioterapica sarebbe una forma provocata dell'epilessia malarica. Per la maggior parte degli osservatori invece la epilessia postmalarioterapica sarebbe una varietà della epilessia sifilitica, varietà provocata terapeuticamente.

L'epilessia è stata più volte segnalata nel corso delle malattie dei polmoni e della pleura, nella polmonite, nella pleurite, ma specialmente nelle irritazioni pleuriche (punture esplorative, toracentesi, interventi chirurgici, ecc.).

Convulsioni epilettiche sono state viste sopraggiungere in lavaggi della pleura e in iniezioni ivi di sostanze medicamentose, senza che si possa incriminare la qualità o la quantità del liquido iniettato: eclampsia pleurica. La corrente pratica delle insufflazioni gassose ha permesso di mettere in evidenza la frequenza di simili incidenti, tanto da giustificare nella epilessia, un nuovo capitolo, quello dell'epilessia da pneumotorace terapeutico. In un gruppo si possono mettere i casi nei quali i sintomi si limitano alla comparsa di uno stato sincopale più o meno grave, accompagnato da convulsioni del tipo epilettico più o meno intenso e generalizzato, con morte in un terzo all'incirca dei casi.

In un secondo gruppo si tratta di vera e propria epilessia ad accesso ordinariamente unico, di durata di qualche minuto, senza complicazione o sequela alcuna; in un terzo gruppo possiamo notare fatti di vero e proprio stato di male prolungantesi per due o tre giorni. In questo terzo gruppo la morte è stata notata nei tre quarti dei casi.

Si può affermare che clinicamente la epilessia del pneumotorace artificiale è una modalità particolare dell'epilessia pleurica. Essa può osservarsi in soggetti senza antecedenti convulsivi e senza alcuna tara nervosa costituzionale od acquisita. Per alcuni autori una causa predisponente sarebbe l'emotività anormale del soggetto e la preoccupazione dell'intervento. Possono comparire in una prima insufflazione e magari non ripresentarsi nelle successive, ovvero presentarsi in un soggetto che ha avuto numerose insufflazioni. Possono gli accidenti sopraggiungere alla introduzione del trequarti ancora provvisto del mandrino, ovvero dopo la penetrazione di minima quantità di aria. È stato osservato che in genere sopravvengono in punture destre, al quarto o quinto spazio. L'inizio dell'epilessia nel pneumotorace artificiale sarebbe annunziato dal cambiamento di colore del viso che diverrebbe improvvisamente pallido o violaceo ovvero comparirebbero delle contrazioni del viso a guisa di riso sardonico. Le forme gravi si acompagnano a disturbi vasomotori e trofici.

Cause diverse sono state invocate per spiegare la patogenesi dell'epilessia pleurica. Difficile è oggi sostenere che sia una manifestazione essenzialmente d'ordine emozionale (istero-traumatico o ipervagotonia): una tale opinione non si accorderebbe con i sintomi organici che spesso l'accompagnano. Si è pensato che l'irritazione pleuro-polmonare era sufficiente da sola a risvegliare un'attitudine convulsiva fino ad allora latente ad una banale epilessia. Recentemente è stato detto che l'epilessia pleurica era una forma dell'epilessia tossi-infettiva, riconoscente per causa essenziale l'eccitabilità riflessa dei centri nervosi, determinata dal riassorbimento di prodotti settici contenuti nella pleura: l'intervento operatorio e la irritazione pleurica sarebbero le cause provocatrici banali. Tutte queste teorie sono ora abbandonate e restano le seguenti ipotesi: la teoria riflessa che ammette una irritazione pleuro-polmonare dovuta sia direttamente all'istrumento traumatizzante, sia, secondariamente, all'azione del freddo o delle sostanze irritanti, i-

niettate, lesionanti un filuzzo nervoso pleurico donde per via riflessa, modificazioni del cervello suscettibili di dar luogo a convulsioni epilettiche. Il pneumogastrico servirebbe da conduttore pel riflesso (la doppia vagotomia, la anestesia generale, la iniezione di morfina, impediscono le convulsioni). L'eccitazione pleurica determinerebbe nello stesso tempo una vaso costrizione encefalica.

La teoria dell'embolia ammette che gli accidenti dell'epilessia pleurica sono dovuti a bolle di aria o di gas introdotti col trauma nelle vene beanti dei focolai infiammatori della pleura o del polmone donde embolie gazzose fino alle arterie del cervello; l'embolia si produrrebbe per la comunicazione del vaso venoso pleurico o polmonare sia con il recipiente del gas da iniettare sia con l'aria esterna, sia con una cavità bronchiale o polmonare. Sta però il fatto che alle autopsie non furono mai rinvenute embolie gassose nei capillari cerebrali ed il fatto che l'incidente può verificarsi prima ancora dell'insufflazione. Oggi qualche autore ritiene trattarsi di una embolia non gassosa prodotta da lesione del vaso ad opera dell'ago.

L'epilessia pleurica si osserva fortunatamente di rado: la sua venuta in cura pneumotoracica, è sempre a temere, specialmente se si opera su di una pleura ispessita, irritata, sinfisata, ovvero quando il polmone è ancora lontano dalla parete, come pure nello pneumo sepimentato. Si raccomanda di somministrare prima dell'insufflazione, morfina, cloralio, gardenal; si userà l'anestesia locale; si eviteranno le regioni sinfisate, o congestionate, e non si inietterà nel modo più assoluto, una sola bolla d'aria se il manometro non indica le ampie oscillazioni proprie della cavità pleurica. Se scoppiano gli accidenti, riaspirare il gas, usare i medicamenti vasodilatatori (acetilcolina). Da notare che l'epilessia pleurica non è stata osservata nel corso degli interventi chirurgici collassoterapici.

L'epilessia cardiaca: si intendono con tal nome le manifestazioni epilettiche che compaiono secondariamente a disturbi cardiaci e che sono, direttamente od indirettamente condizionati da loro. Due gruppi si distinguono: quelli osservati particolarmente nella malattia di Stokes Adams; il secondo quelli legati ad altre cardiopatie, specie, scompensate; cioè abbiamo epilessia da bradicardia permanente ed epilessia da asistolia. MONTELEONE.

ORGANI DIGERENTI.

La gastroscopia. Tecnica. Indicazioni. Risultati.

(D. DOTTI. *Giornale di Clin. Medica*, 20 settembre 1932).

La gastroscopia, attuata la prima volta da Kussmaul nel 1868, fu oggetto, negli anni successivi, di numerosi studi da parte di AA., i quali ne migliorarono gradualmente la tecnica e tentarono di estenderne e valorizzarne l'uso. Ma oggi pochi sono coloro che ancora se ne valgono. La ragione di ciò va ricercata, non soltanto nell'esistenza di altri mezzi di indagine molto utili ed abbastanza semplici, ma principalmente alle gravi difficoltà tecniche legate alle condizioni anatomiche e fisiologiche dell'organo da esplorare.

Molti sono pertanto coloro che, ritenendola pericolosa e non credendo alla sua utilità nella pratica corrente, l'abbandonarono completamente.

Date le diverse opinioni su questo mezzo di indagine, l'A. ha voluto sperimentarlo, eseguendo una serie di gastroscopie, servendosi dell'Universal Gastroskop di Kausch, di cui descrive minutamente la struttura e la modalità per l'uso.

Valendosi di questo gastroscopio con molta prudenza, l'A. ha potuto praticare numerose gastroscopie senza danno per i pazienti, ad eccezione di un sol caso. La introduzione dello strumento si compì, quasi sempre, con facilità. I pazienti accusarono qualche volta dolori addominali, mai molto intensi, in corrispondenza dei quadranti superiori dell'addome. Allo stato attuale della gastroscopia, qualunque sia il gastroscopio usato, si dovrà procedere alla introduzione dello strumento con la più grande prudenza e con la massima dolcezza, specie nel sorpassare l'ultimo tratto dell'esofago ed il foro esofageo del diaframma. Ogni resistenza che si opponga alla introduzione, deve venire giustamente valutata e deve far sospendere l'esame se si teme di poter produrre una lesione.

Prima di procedere all'attuazione di un esame gastroscopico, al fine sempre di ridurre al minimo i pericoli, è necessario sottoporre lo infermo ad un accurato esame clinico, radiologico e ad un sondaggio esofageo. Potranno così essere messi in evidenza tutti quei fatti che possono segnare una controindicazione per l'indagine gastroscopica.

Controindicano la gastroscopia, l'eccessivo indebolimento organico, lo stato neuropatico, le deviazioni della colonna dorsale, specie una cifosi, un morbo di Pott con formazione di ascesso retrofaringeo, una brevità esagerata del collo che impedisca un'ampia iperestensione del collo, l'esofagite, le varici esofagee ed i restringimenti di qualunque natura dell'esofago, gli stati di scompenso e di debolezza cardiaca, l'ectasia aortica, gli stati dispnoici, la stenosi del cardias.

L'ematemesi, secondo Korbsch, non dovrebbe essere considerata come controindicazione perchè l'esperienza avrebbe dimostrato che le ricerche, eseguite con molta cautela, non provocano il ripetersi dell'emorragia, così che, chi è pratico della tecnica, potrebbe esaminare senza danno, dopo qualche giorno di attesa, uno stomaco ulcerato che abbia già dato emorragia. Secondo Korbsch il tralasciare l'esame gastroscopico, in questi casi, ci priverebbe del-

la costatazione di fatto, non molto rara a riscontrarsi, che l'emorragia anche la più grave può essere provocata, anzichè da un'ulcera, da una semplice gastrite, la cui dimostrazione può risparmiare all'infermo la cura dell'ulcera. In questi casi bisogna naturalmente procedere con estrema cautela e stare molto attenti a non dilatare eccessivamente con aria lo stomaco. L'A. ritiene però le idee di Korbsch un po' azzardate e giudica pericolosa la gastroscopia in presenza di un processo ulcerativo con emorragia recente.

Esaminato accuratamente il malato, se nessuna controindicazione esiste per l'indagine gastroscopica, questo la mattina dell'esame, viene tenuto completamente a digiuno.

Soltanto in casi di ristagno gastrico è necessario il lavaggio, da eseguire qualche ora prima dell'esame gastroscopico.

L'anestesia non è indispensabile, ma in molti casi, specie in individui irrequieti ed intolleranti può riuscire utile. L'anestesia locale può essere utilmente associata all'iniezione sottocutanea di un sedativo generale.

Data la grande mobilità dello stomaco e le differenti forme che esso può assumere in seguito al variare di posizione dell'individuo, si comprende facilmente come possa dipendere molto da un'adatta posizione, in cui venga posto il paziente, la possibilità di una visione chiara e completa della cavità gastrica.

Le posizioni proposte per l'esame gastroscopico sono numerose. La genucubitale è troppo scomoda e poco adatta; il decubito dorsale a testa ipertesa, se comoda per il paziente, provoca aumento nel retrobocca e nelle cavità nasali della saliva e d'altra parte rende incompleta la visibilità della cavità gastrica, poichè, in tale posizione, la sezione pilorica, spinta posteriormente dal fegato che la comprime, viene generalmente a situarsi a destra della colonna vertebrale che ne impedisce la visione; il decubito dorsale con lordosi dorsolombare presenta presso a poco gli stessi inconvenienti. L'A. si è invece servito utilmente del decubito laterale sinistro.

Il malato viene fatto distendere su di un lettino da operazione e fatto adagiare sul piano sinistro del corpo, con la gamba sinistra estesa e la destra leggermente flessa. La testa deve sorpassare l'estremità del lettino e deve essere sostenuta e tenuta in ipertensione da un assistente. Questa posizione non stanca il paziente e permette la visione della regione pilorica.

Dopo aver descritto i reperti gastroscopici più comuni, l'A. mette in evidenza l'utilità della gastroscopia per la diagnosi delle affezioni gastriche. È noto come l'esame radiologico dello stomaco, in generale molto utile per la diagnosi di ulcera gastrica, può in qualche caso, sia per la sede della lesione che per la sua superficialità, essere in grado di far sospettare ma non di rilevare con certezza una ulcerazione realmente esistente. In questi casi l'esame gastroscopico potrà essere utile. Nel caso poi di ulceri già diagnosticate, la gastroscopia può darci nozioni circa i loro caratteri, la loro evoluzione e circa l'estensione dei fatti gastrici periulcerosi.

Ben poca importanza ha invece, in confronto dell'esame radiologico, la gastroscopia nei riguardi del carcinoma. Per la sua diagnosi precoce è difficile che un malato, che non accusa punti o pochi disturbi, quali sono in genere quelli legati al carcinoma iniziale, si sottoponga ad un esame gastroscopico. Questo invece può essere utile per rilevare l'estensione del processo neoplastico e delle lesioni infiammatorie ad esso circostanti. Va accennato anche come Korbsch abbia trovato un buon numero di carcinomi occasionalmente, endoscopizzando stomaci affetti da gastriti subacide che sembravano assolutamente innocue.

Secondo Korbsch la diagnosi esatta della gastrite cronica non può esser fatta che con la visione diretta e cioè con l'esame gastroscopico.

La gastroscopia è stata poi consigliata ed attuata in stomaci già operati al fine di completare i risultati ottenuti dall'esplorazione radiologica. Se infatti il giudizio radiologico su di uno stomaco operato è spesso semplice, talora si presenta difficilissimo.

Alcuni vorrebbero dare importanza alla gastroscopia come mezzo di indagine per studiare problemi di fisiologia, fra cui le azioni farmaco-dinamiche di certe sostanze agenti sullo stomaco ed i numerosi riflessi viscero-pilorici.

Da tutto ciò risulta che la gastroscopia non merita di essere del tutto trascurata e radiata dai mezzi utili d'indagine dello stomaco.

C. TOSCANO.

Sul comportamento dell'intestino tenue nella gastrite cronica con stitichezza.

(W. STEPP e F. KULTMANN. *Medizinische Klinik*, n. 40).

Da lungo tempo sono noti i rapporti che corrono tra stomaco e grosso intestino: molto frequente è il reperto di una stitichezza ostinata nell'ipercloridria da ulcera o nella cronica gastrite, come anche di feci diarroiche negli ipocloridrici. La lesione gastrica è di solito primitiva ma si può avere anche il rapporto inverso di cui un esempio caratteristico abbiamo nell'ipercloridria che si estrinseca nel corso della dissenteria in cui naturalmente il punto di partenza sta nel grosso intestino.

Ma sui rapporti di interdipendenza fra alterazioni gastriche e intestinali le opinioni sono molto spesso discordanti: V. Noorden ritiene la costipazione come la lesione primaria e l'ipercloridria come la sua conseguenza, il che sarebbe dimostrato dal fatto che una volta guarita la stitichezza anche le condizioni ga-

striche si normalizzano. Strasburger e Adolf Schmidt ammettono un rapporto causale di natura indeterminata: secondo essi l'ipersecrezione cloridrica e pancreatica potrebbe condurre attraverso l'iperpepsia alla formazione di feci che non dànno più uno stimolo sufficiente alla funzione motrice intestinale. V. Bergmann e Katsch vedono in entrambe le manifestazioni l'espressione di un'alterazione della regolazione vegetativa.

Malgrado i vari contributi esistenti sull'argomento, nessuno ha mai preso in considerazione in questi casi il comportamento dell'intestino tenue che in fondo costituisce il ponte fra le manifestazioni patologiche gastriche e quelle del grosso intestino.

In molti ammalati di gastrite l'esame radiologico mette in evidenza alterazioni della motilità del tenue intestino con acceleramento del passaggio del pasto opaco; questo naturalmente contrasta coll'esistenza contemporanea di una stitichezza.

Sappiamo che normalmente, al più presto dopo due ore, ma comunemente dopo tre ore, le prime frazioni di pasto raggiungono il polo cecale, dopo 4-6 ore la flessione epatica e dopo 5-12 la flessura lienale. Nel maggior numero di ammalati con segni sicuri di gastrite si trova invece un accorciamento di questi tempi e frequentemente già dopo un'ora e mezzo dall'assunzione del pasto opaco se ne trovano i primi quantitativi nel sigma; tuttavia il tempo del totale svuotamento del tenue può essere regolare, cioè finire dopo 8-9 ore.

Questo aumento di motilità del tenue deve essere considerato come dovuto ad uno stato flogistico a cui si accompagnerebbe anche un aumento della secrezione; quest'ultima condizione essendo dimostrata dal frequente reperto di livelli liquidi e di gas nel tenue.

Malgrado il rapido transito attraverso il tenue, il contenuto intestinale, arrivato nel colon, ristagnando nel tratto discendente, può ispessirsi notevolmente per riassorbimento della parte acquosa e aversi così la formazione di feci solide come in una condizione di stipsi malgrado lo stato catarrale del tenue e malgrado il suo alto contenuto liquido.

E. ANTONIAZZI.

Sull'assorbimento del grasso nell'intestino.

(C. MUELLER e W. NONNENBRUCH. *Medizinische Klinik*, n. 40).

Per venire assorbito il grasso neutro deve essere scisso in acido grasso e glicerina, il che avviene per opera del secreto pancreatico e della bile. Tuttavia, malgrado la mancanza di questi succhi il grasso può venire ancora in parte scisso e come tale trovarsi nelle feci per opera della flora batterica intestinale.

In assenza completa di bile, la perdita di grasso può variare dal 27 % al 100 %, quest'ultimo dato verificandosi solo in lattanti con atresia congenita delle vie biliari. In assenza della secrezione pancreatica il grasso inutilizzato può raggiungere il 100 % benchè in pratica esso oscilli fra il 26 e l'81 %.

D'altra parte oggi sappiamo che l'assorbimento del grasso è anche influenzato dalla secrezione interna del pancreas stesso, come ricerche di Nothmann e Wendt, di Licht e Wagner hanno sicuramente dimostrato.

Sappiamo per le ricerche di Wieland e Sorge che la bile entra nel meccanismo di assorbimento del grasso per la proprietà idrotropa del suo acido disossicolalico, la cui azione consisterebbe nel rendere solubile in acqua l'acido grasso che di per sè in acqua non si scioglierebbe. Oltre agli acidi biliari altre sostanze ad azione idrotropa sarebbero state isolate dalla mucosa intestinale.

Secondo Verzar basta una piccola quantità di bile per agire su una grande quantità di grasso, per il fatto che il legame acido grasso-acido biliare nelle cellule intestinali, si scioglie, così che l'acido biliare resosi nuovamente libero, è in grado di agire su nuovo grasso e così via. Gli acidi biliari sono dimostrabili nella mucosa intestinale anche 8 giorni dopo l'obliterazione del coledoco e così si spiegano i casi di buon assorbimento dei grassi malgrado la mancanza completa di bile. Ma l'assorbimento del grasso, senza modificazioni della secrezione biliare e pancreatica, può essere alterato anche per variazioni del meccanismo di riempimento e della motilità dell'intestino tenue, per cui il chimo non viene bene mescolato e resta poco a contatto con i succhi enterici. Ciò accade, per es., nell'enterite in cui si possono avere feci di consistenza normale ma con aumento del contenuto in grasso e in fibre muscolari.

Più complicati sono i casi con cirrosi del fegato e con gran perdita di grasso per le feci, poichè qui agiscono insieme la stasi portale e l'enterite (Wendt).

La gastroenterite pertanto è una malattia che non si manifesta solamente con alterazioni intestinali, ma ha legami con quei casi di splenomegalia con leucopenia e di cirrosi epatica che mostrano di essere una filiazione di essa. Anche in casi non chiari di edema si deve pensare ad una genesi gastroenteritica. Da qui la grande importanza clinica della conoscenza dell'enterite e dell'alterato assorbimento dei grassi che ad essa segue.

E. ANTONIAZZI.

TECNICA CHIRURGICA.

Un nuovo metodo di anestesia per le operazioni alte dell'addome.

(PAYR. *Dtsch. Z. Chir.*, vol. 234, pag. 130).

Il metodo è basato sul principio della anestesia in superficie, e sul fatto che il simpatico addominale ha i suoi plessi e gangli principali in corrispondenza della parete posteriore della borsa omentale, da cui è sepa-

rato da un sottile foglietto peritoneale. Esso consiste nel riempimento della borsa omentale con una soluzione di *pantocaina* 1 ‰ (circa 100 cm³).

In tal modo si provoca lo stesso effetto anestetico che con il bloccaggio degli splancnici.

Il riempimento si pratica con una catetere di Nélaton attraverso l'epiploon gastro-epatico o traverso il mesocolon trasverso, o traverso il grande omento, o anche direttamente traverso il forame di Winslow mediante una sonda di Kausch.

Per evitare, nei primi tre casi elencati, il reflusso del liquido traverso il forame di Winslow, si consiglia di chiuderlo con le dita, durante il tempo occorrente per l'avvenuta anestesia (2-3 min.) o anche solo di tenere il paziente coricato sul lato sinistro.

Questo metodo dovrebbe sostituire il bloccaggio degli splancnici per iniezione, e presenterebbe inoltre il vantaggio di un minore assorbimento di sostanza e di un migliore effetto anestetico che non con la puntura.

A. CALÒ.

Progressi nell'anestesia dal punto di vista del chirurgo e dal punto di vista dell'anestetista.

(F. H. LAHEY. *The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 7 settembre 1932).

L'A. dice che la prima condizione per una buona anestesia è che l'anestetista abbia potuto accuratamente esaminare il malato prima dell'intervento e ne conosca bene l'anamnesi e che si siano fatte le ricerche di laboratorio necessarie a rendersi esatto conto delle condizioni dell'operando. Si è realizzato un notevole progresso, secondo l'A., coll'aver dato maggiore responsabilità all'anestetista e con l'avere anestetisti esperti e che si occupino esclusivamente di anestesia. È bene dividere gli operandi in 4 gruppi: 1) quasi senza rischi; 2) con scarsi rischi; 3) con pericolo per il malato; 4) con probabile morte dell'operando; è necessario che anestetista e chirurgo discutano dell'utilità dell'intervento per tutti i malati del gruppo 3; il gruppo 4 dovrebbe essere abolito dalle liste delle operazioni.

L'A. è nettamente contrario all'abitudine di far praticare l'anestesia dal medico curante del malato, perchè i rischi dell'anestesia diminuiscono quanta più esperienza di anestesia ha l'anestetista.

Dal punto di vista dell'anestetista si è occupato della questione dei progressi conseguiti J. S. Lundy (*loco citato sopra*). L'uso del cloroformio e dei preparati contenenti cloroformio si va riducendo sensibilmente. Anche l'etere è usato meno di prima da solo, mentre si usa più spesso associato ad altre sostanze (così si adopera ora l'avertina come anestesia basale a cui basta aggiungere poco etere).

L'ossido di azoto si continua ad adoperare nell'anestesia dentaria. L'etilene dà pure risultati soddisfacenti e rappresenta certamente un progresso nell'anestesia.

Il diossido di carbonio non è anestetico ma serve a regolare la profondità del respiro e, diluito con ossido di azoto, o etere o etilene, evita il vomito e la nausea anche nell'anestesia spinale ed è utile anche nel singhiozzo postoperatorio. Inoltre esso facilita l'assorbimento dell'etere dando iperventilazione e quindi riduce le complicanze polmonari postoperatorie.

Un progresso è costituito dall'anestesia intratracheale di Nagill mediante un tubo introdotto in trachea, specialmente negli interventi sul capo e sul torace, quando il paziente deve essere tenuto in una posizione che rende difficile l'anestesia con la tecnica comune.

L'anestesia spinale è certamente un indiscutibile progresso negli interventi sottoombellicali.

L'uso di morfina e di altri prodotti prima dell'intervento facilita l'anestesia. L'uso di piccole dosi di sedativi e di piccole dosi di anestetico è così possibile nei casi in cui ci sono gravi rischi.

Negli asmatici è utile l'anestesia con olio-etere attraverso il colon.

Dalla pratica medica l'anestetista può trarre degli insegnamenti utili: così l'uso di barbiturici si sa che è utile nell'avvelenamento da stricnina, nell'eclampsia, nelle ferite gravi da investimento.

Per la localizzazione di alcune lesioni nervose periferiche riesce utile l'anestesia dei tronchi nervosi e anche di questi studi deve far tesoro l'anestetista.

Un progresso notevole nell'anestesia è rappresentato dagli apparecchi per somministrazione di gas.

R. LUSENA.

L'uso dell'ozono in chirurgia.

(G. SIMONETTI. *L'Ospedale maggiore*, maggio 1932).

L'ozono, nelle sue applicazioni chirurgiche, è adatto quando vi sia un processo settico o settico-necrotico, in cui esso svolge la duplice azione di favorire una rapida eliminazione dei prodotti di desintegrazione e di stimolare i processi di riparazione locale.

L'A. ne ha fatta l'applicazione con un apparecchio capace di produrre 10 grammi di ozono all'ora. Questo viene poi, per mezzo di adatto ventilatore a mano, diretto sulle piaghe da trattare, ad una temperatura di circa 35°.

Il suo uso, su piaghe torpide e ribelli ad ogni tentativo di cicatrizzazione, come pure su focolai in via di disfacimento (ustioni, suppurazioni necrotiche) permette di ottenere ottimi risultati, anche dal punto di vista funzionale e della cosmesi.

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI.(1)

L. NEUBERGER. *Comment diagnostiques, comment traiter les maladies mentales.* Editore Maloine, Parigi. Prezzo Fr. 40.

Con uno stile chiaro e conciso l'A. espone la clinica e la terapia delle malattie mentali, in modo da consentire un buon orientamento al medico pratico non specializzato in psichiatria.

Il libro non ha pretese di originalità dottrinaria. La parte etio-patogenetica è contenuta in limiti sobrii ma sufficienti a dar ragione delle indicazioni terapeutiche, che sono le più largamente trattate. DR.

P. MOLLARET. *Le traitement actuel de la paralysie générale.* Edit. J. B. Baillière, Parigi. Frs. 8.

L'A. passa in rassegna i nuovi metodi di cura della paralisi progressiva, grazie ai quali questa malattia ha perduto i suoi funesti caratteri di fatalità.

Si sofferma sopra tutto sul più efficiente di tali metodi, la malarioterapia, fissandone in ogni particolare la tecnica.

Precisa in base ad una larga esperienza quel che si può ottenere dalla cura. DR.

A. SALMON. *Educhiamo la nostra volontà, il nostro carattere.* Un vol. in-16° di pag. 80. L. Cappelli, Bologna, 1932. Prezzo L. 3.

In queste pagine, il prof. Salmon dà con stile semplice e con molto senso pratico le norme per l'educazione della volontà e del carattere, ricordando, fra l'altro, quanto ha scritto il D'Azeglio nei suoi ricordi sulla grande importanza che hanno i piccoli sforzi inibitori sull'educazione della volontà. Domina in tutto il libro un sano equilibrio e lo stesso A. riconosce che anche un eccesso degli accennati sforzi inibitorî può essere dannoso alla volontà stessa. Non diversamente, del resto, un eccesso di disciplina nell'educazione di un fanciullo, come in quella di un popolo, porta alla soppressione della volontà, crea degli automi e non degli uomini.

Un largo numero di individui ritrarrà dalla lettura di questo piccolo libro utili ammaestramenti. *fil.*

M. CHIRAY e P. CHÊNE. *Les dyspepsies nerveuses.* Un vol. in-16°, di pag. 210. Masson et C.ie, Paris. Prezzo frs. 22.

Necessità essenziale, per chi si accinge allo studio di questo campo piuttosto vago della patologia gastrica, è quella di delimitare con precisione che cosa si debba intendere per dispepsia nervosa. Troppo spesso, nell'ignoranza delle cause organiche e viscerali di sindromi dispeptiche, sono state considerate come nervose delle dispepsie che erano sostenute da ben altre cause ed erano quindi suscettibili di ben diversa terapia.

In questa buona monografia, gli AA. dopo l'esposizione dei dati anatomici e fisiologici sull'innervazione gastrica, studiano le sindromi gastriche nel decorso di malattie nervose organiche (cerebrali e midollo-radicolari) ed i risentimenti nervosi delle affezioni gastriche.

Si occupano poi delle dispepsie secondarie a diverse affezioni e finalmente delle dispepsie nervose, di cui fanno lo studio clinico e di cui trattano in seguito la terapia. *fil.*

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica Veneziana.

Seduta del 20 novembre 1932.

Presidenza: prof. G. B. FIOCCO.

La seduta è aperta da brevi parole del presidente prof. G. B. FIOCCO, il quale, dopo aver ricordato gli scopi per cui si volle anche a Venezia costituita la Società Medico-Chirurgica, invita i soci a collaborare attivamente alla vita della Società stessa, affinchè essa divenga veramente l'espressione della cultura medica veneziana.

Segue l'orazione del senatore prof. D. GIORDANO su « Antonio Scarpa chirurgo visto a cent'anni dalla sua morte » e vengono quindi svolte le seguenti comunicazioni:

Risultati di circa 2000 vaccinazioni antidifteriche con particolare riguardo alla vaccinazione con dose unica di antitossina.

Prof. LUCIANO MAGNI. — L'O. ha ottenuto in 526 bambini che avevano su 1174 presentato una R. di Schick positiva, seguendo la tecnica originale di Ramon con le tre dosi successive di anatossivaccino, una reazione negativa dopo 60 giorni nel 90,50 % dei casi trattati. Per ovviare alla difficoltà del metodo delle iniezioni ripetute, che spesso impedisce di praticare la serie regolare, l'O. ricorda come gli Autori si siano preoccupati di ottenere un anatossivaccino non molto concentrato che possa con due o una iniezione conferire lo stato immunitario. Egli in 195 bambini Schick positivi su 526 ha praticato la vaccinazione con l'anatossivaccino del Terni, iniettandone un cmc. e mezzo pari a 45 U. A. in una sola volta, ottenendo dopo 45 giorni una Schick negativa nell'87,16 % con perfetta tolleranza da parte dei soggetti trattati.

Sistema nervoso vegetativo e vomito periodico.

Prof. A. CANTILENA. — L'O. riferisce due casi, di cui uno riguardante una bambina di anni 5 e mezzo, con cranio brachicefalo, bozze frontali sporgenti, naso a sella, palato ogivale, denti ca-

riati, che presenta crisi dolorose di vomito a periodi distanti 10-15 giorni, insorgenti solo durante la notte. Nulla radiograficamente allo stomaco e intestino, non acetone nelle orine, nulla al S. N. Il secondo caso riguarda un maschietto di 6 anni con crisi periodiche di vomito e abbondante acetone nelle orine. Nello studio del S.N.V. la bambina risulta una simpatico- e il bambino un vago-stenico. Per questo, dopo una diagnosi differenziale, l'A. conclude per la diagnosi di vomito con acetonemia in soggetto vagatonico; per la bambina per una lesione del S. N. V. con prevalenza spiccata del simpatico, secondaria ad eredolue: la cura con arsenobenzoli ha fatto scomparire la sintomatologia.

Dott. L. LOLLI. — *Sul metodo di Löwenstein per la ricerca della bacillemia tubercolare.*

Sulla malattia di Dupley.

Dott. E. POLICHETTI. — L'O., fatto un cenno della storia e delle diverse concezioni etiopatogenetiche degli Autori che si occuparono della malattia di Dupley, espone un'osservazione personale in un paziente di 37 anni, che subì 6 anni prima una torsione incomposta dell'omero D. per un brusco movimento dell'articolazione della spalla. Dopo 6 anni ebbe una linfangioite del braccio ed adenite ascellare D., in seguito a cui comparve dolore alla spalla e limitazione dei movimenti. Ai raggi X si notò un'ombra irregolare sulla testa dell'omero, all'E. O. ipotrofia dei muscoli, specie del deltoide, senza tumefazione, nè febbre. Asportato chirurgicamente il focolaio calcificato, guarì perfettamente in 35 giorni.

L'O. conclude mostrandosi favorevole all'importanza dei traumi e dell'infezione per l'etiologia e localizza le alterazioni consistenti in processi di necrosi e calcificazione alla borsa sierosa sotto deltoidea e al tendine del sopraspinoso.

Dott. M. MOZZETTI MONTERUMICI e dott. DE MARCHI. — *Ricerche sperimentali sull'azione del liquor follicoli sul moncone cervicale uterino.*

Dott. C. CICERI. — *Contributo allo studio delle pancreatiti.*

La lipoidosi colecistica.

Dott. A AGUECI. — L'O. riferisce su 38 osservazioni di « Colecisti a fragola », di cui 20 reperti accidentali di autopsie e diciotto reperti operatori. Dopo aver trattato brevemente della etiopatogenesi, della sintomatologia e dell'anatomia patologica di questa forma recente e ancora discutibile, egli conclude nel senso che la lipoidosi colecistica pura debba piuttosto essere considerata come espressione di un alterato stato fisiologico della colecisti legato al ricambio colecisterinico di essa, il quale verrebbe perturbato da cause varie e non ancora definite.

Le pietre pleuriche.

Dott. P. LENTI. — L'O. presentando un caso di deposizione calcarea a sede diaframmatica simmetrica bilaterale e pertanto rara ne discute il meccanismo etiopatogenetico.

Il Segretario: dott. ALBERTO VANNI.

Società Medico-Chirurgica Bergamasca.

Seduta del 22 novembre 1932.

Presiede il prof. d'ALESSANDRO, presidente.

Su di un caso di appendicite calcolosa.

Dott. TIMPANO. — L'O. riferisce di un uomo di 22 a. che, non avendo mai lamentato anamnesticamente alcun disturbo addominale anche lieve, improvvisamente ebbe a presentare una sintomatologia prettamente ureterale ad insorgenza acuta caratterizzata da dolori irradiati alla regione renale destra, al testicolo, al pene, con scarsa e bruciante minzione, tenesmo vescicale, ematuria. Assente la febbre, assente il vomito. Un esame radiografico per la ricerca dei calcoli urinari svelò l'esistenza di due ombre opache a contorni regolari, una inferiore grossa quanto un cece, l'altra superiore e disgiunta dalla prima, grossa quanto un grano di frumento, situata a livello della sincondrosi sacro-iliaca nel suo estremo superiore.

Nonostante le manifestazioni cliniche e la positività di questo reperto radiologico, si è creduto opportuno sottoporre ad attenta analisi differenziale tali ombre nel dubbio che non fossero a carico dell'uretere. Si procedè pertanto ad un esame pielografico con uroselectan B. e fu solo con la proiezione obliqua che si potè dimostrare l'indipendenza di queste ombre dal canale ureterale; mentre nella proiezione abituale l'ombra dell'uretere si sovrapponeva a quella dei calcoli. Di fronte a questo risultato e stante la sintomatologia acuta si ritenne trattarsi di calcoli appendicolari. L'esame radiologico del tubo digerente praticato per os e per clistere opaco ha dimostrato l'esistenza di segni infiammatori peritiflitici, mentre l'appendice rimaneva impervia. Si ebbe così una sicura convalida sul dubbio espresso che cioè i calcoli appartenessero all'appendice. L'intervento chirurgico ha poi confermato l'esistenza di una appendicite calcolosa con appendice perforata ed uno dei calcoli contenuto nel tessuto infiammatorio periappendicolare.

Sull'agranulocitosi.

Prof. GASTALDI. — L'O. dopo aver riferito in modo sintetico quanto è stato finora pubblicato sull'agranulocitosi per quanto riguarda i diversi quadri clinici, la patogenesi e la terapia; descrive due casi da lui osservati in questi ultimi anni ed accenna ai rapidi vantaggi ottenuti in uno dei due casi con la radioterapia.

Anemia grave da polipo duodenale.

Dott. A. GAVAZZENI. — L'O. presenta un caso di tumore benigno del duodeno che dava come sintomo predominante una intensa anemizzazione. L'esame radiologico metteva in evidenza un difetto di riempimento del bulbo duodenale che all'intervento chirurgico risultava determinato da una formazione poliposa.

Il caso presenta particolare interesse sia perchè di questi tumori benigni a carico del duodeno la letteratura non ne segnala che 17, di cui solo 5 diagnosticati radiologicamente, sia perchè all'esame istologico il polipo risultava costituito da un amartoma, forma questa eccezionale per il duodeno. *Il Segretario*: dott. CASTELLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Esito favorevole di una grave lesione cranio-cerebrale da arma da fuoco.

Dott. LUIGI ANGELONE.

Generalità. — Nelle ferite d'arma da fuoco cranico-cerebrali, la ferita non sempre è in relazione con il proiettile, spesso dipende dalla deflagrazione della polvere, dalla potenza del colpo risultante e dalla massa e velocità, e dalle comune leggi della balistica. Così i proiettili di piccolo calibro, quasi sempre agiscono con tutta la loro massa e non per schegge; però quando la distanza oltrepassa il metro, i pallini si disperdono e possono produrre lesioni in più parti. Se con modica velocità sono colpite le parti molli, si produce un tragitto cieco, e se il proiettile è piccolo, la prognosi è buona e la cura semplice; ma se il colpo offende la superficie o lo spessore dell'osso, allora la prognosi diventa più grave e la cura meno precisa. Il proiettile agirebbe secondo Von Coler e Schjering per pressione idro-dinamica, cioè la palla respingerebbe in tutti i sensi le molecole dell'osso, le quali, acquistano, per questo fatto, velocità e potenza vulnerante propria, per cui agiscono come proiettili secondari.

Gli esempi di frattura del cranio che non danno alcuna grave conseguenza, non sono molto frequenti, ma sono molto importanti; si verificano di solito in circostanze di esperimenti e di giuochi imprudenti, o in campagna dove possono presentarsi i casi più inspiegabili. Perciò questa relazione non sarà priva di interesse non solo dal lato della curiosità, ma anche perchè conferma un punto chirurgico dimostrando che una saggia azione può avere ragione di casi in apparenza disperati.

CASO CLINICO. — Pietro D. I., da S. Pietro Infine (Napoli), di anni 10, nato da parto normale. Non presenta speciali affezioni nel gentilizio. A cinque anni fu colpito dal morbillo da cui guarì completamente bene. È stato in seguito sempre di ottima salute. Il 18 ottobre 1930, colpito alla testa da un colpo di fucile, si presentò all'osservazione circa 4 ore dopo in uno stato di grave anemia. Sul lato destro del cranio a circa tre centimetri dal piano auricolo bregmatico si notava un'ampia ferita slabbrata e sudicia, a contorni sporchi di sostanza cerebrale; attraverso la breccia ossea lunga 5 centimetri larga 3 si notava una massa di poltiglia cerebrale pulsante evidentemente e che cadeva disfatta sotto il lavaggio di siero fisiologico tiepido, il liquor che fuoriusciva non era limpido; l'emorragia continuava modica. Il paziente non si lamentava, e la coscienza ed i sensi erano perfettamente liberi, e le forze discretamente conservate. In collaborazione col dott. Barone, medico condotto, fu praticata una prima toiletta e medicatura superficiale, disperando della bontà della prognosi. Il secondo giorno il ferito era apirettico, calmo e sveglio. Polso buono, funzioni escretorie buone, pupille bene reagenti, riflessi superficiali e profondi presenti. Furono asportate le schegge ossee visibili, e, senza azzardare di specillare, fu applicata una medicatura con garza iodoformica. Per via sottocutanea siero antistreptococcico polivalente. Così nei giorni successivi. Il 5° giorno il ferito ebbe vomito, movimenti involontari e disordinati del braccio sinistro, modica febbre (38-38,5) perdita involontaria di urine. Al 7° giorno le condizioni erano migliorate, il vomito e gli altri disturbi nervosi scomparsi, la febbre cessata, il tono muscolare del braccio sinistro lievemente diminuito. Furono asportate altre piccole schegge ossee, e si incominciò ad esercitare modica pressione sulla massa cerebrale erniata per costringerla a tornare sotto la volta cranica. Intanto, contro tutte le regole della buona chirurgia, non si permetteva alla ferita di rinchiudersi. Una escoriazione eritematosa, comparsa già al 4° giorno sulla punta del naso si era ingrossata; pensando ad una neurosi cutanea fu curata applicando localmente un po' di pomata Antipiol. Così si continuò fino al 29° giorno, quando, asportando la striscia di garza iodoformica, si notò che un filo di essa era rimasto agganciato ad una scheggia ossea completamente infossata nel cervello, perpendicolarmente forse. Dopo vari cauti tentativi di estrazione, non conoscendo la forma, nè la posizione, nè le possibili aderenze della scheggia, per evitare una eventuale emorragia interna del cervello o dei ventricoli, fu necessario rimandare la estrazione al giorno dopo.

FIG. 1.

Privi di ogni ausilio radiologico e sintomatico, il giorno seguente, con piccoli movimenti di lateralità e lieve trazione fu estratta la scheggia;

non era piccola nè stretta, aveva i bordi sinuosi e frastagliati irregolarmente, la base era caratterizzata da un dente osseo piccolo ma fatto a rampino. L'estrazione non fu seguita dalla minima emorragia nè l'infermo accusò disturbi.

Nei giorni seguenti, non esistendo più l'ernia cerebrale si permise al cuoio capelluto di cicatrizzare. Dopo un mese e mezzo dal 18 ottobre la ferita si richiuse con una cicatrice fatta di tessuto fibroso duro e resistente.

Questa cicatrice esige certo una lunga osservazione perchè anche tardivamente può recare disturbi delle mobilità, epilessia, della sensibilità, nevralgia, paralisi; della intelligenza modificazione del carattere, mania o follia.

A distanza di due anni dal trauma, il paziente non presenta ancora nessun disturbo.

La elasticità delle ossa del cranio, dimostrata da Bruns e confermata da apparecchi speciali, nelle fratture viene variamente superata dalla violenza del corpo contundente. Quello che si può constatare è che talora il tavolato esterno presenta una semplice lesione, mentre il tavolato interno (vitrea) si scheggia in parecchi frammenti e questi sporgono e si spingono verso l'interno della cavità cranica. Quando il cranio viene fratturato, una parte della forza va impiegata nella frattura, la forza residua agisce sul cervello determinando lesioni gravi. Ma la determinazione precisa dei punti lesi non sempre è facile, anche basandosi sui ricordi di fisiologia e fisiolopatologia del cervello. Dopo la scoperta del Broca (engrammi di Mingazzini); Hicic e Fritsch dimostrarono con debole corrente galvanica, l'esistenza di centri corticali motori abbastanza bene circoscritti. In Italia le ricerche di Luciani, Tamburini, Albertoni, Baglioni, Lo Monaco recarono nuovi contributi per la determinazione dei centri.

FIG. 2. — Cervello umano (dal DEJERINE).
S = *Zona sensitiva.*

Nella figura del Dejerine appare evidente la disposizione generale delle localizzazioni motrici. Non esiste però una barriera netta tra centro e centro del medesimo lato o lato opposto, per cui non riesce facile stabilire nettamente la posizione nell'uomo di centri corticali termoregolatori, vasomatori, trofici della vescica, del retto, della eiaculazione e della erezione; ma solo si può ammettere per ora che essi abbiano sede in vicinanza della zona motrice (Luciani e Seppilli). Per tutto ciò e per l'interferenza di molteplici fattori non si possono stabilire rapporti esatti fra entità del trauma e gravità della lesione cerebrale, di cui l'emorragia, la contusione, la rottura rappresentano gli unici elementi macroscopicamente apprezzabili. Tanto nelle fratture della volta come in quelle della base si trovano alterazioni cerebrali. Le lesioni non si limitano ai tratti colpiti; però, infatti se un trauma determina nel cranio colpito un brusco movimento, la pressione entro tutto il cranio si eleva bruscamente e provoca, secondo Kocher, la commozione cerebrale a cui si aggiungono focolai di contusioni. Perciò di solito le fratture del cranio, specie se con evidenti lesioni del contenuto encefalico, danno disturbi d'indole nervosa o immediatamente o secondariamente o tardivamente. Diciamo di solito, perchè il caso clinico esposto vieta di generalizzare la legge per l'assenza quasi completa di disturbi nervosi anche a due anni di distanza dal trauma.

Per la diagnosi non vanno trascurate le ferite semplici o le fessure. Anche nei casi più benigni è buona regola di controllare, mediante lo sbrigliamento largo del cuoio, lo stato della volta; di considerare come sospette tutte le suppurazioni persistenti per quanto superficiali; e di non lasciarsi deviare dalla benignità dei sintomi dei primi giorni ed anche dei primi tre mesi. Nel focolaio di contusioni e nelle parti circostanti si verifica una tumefazione edematosa paragonabile all'edema traumatico delle parti superficiali. E questo edema può dar conto dell'aumento di pressione endocranica e dei prolassi cerebrali anche nei casi nei quali non esistono forti spandimenti di sangue o idrocefalo. Differenze di pressione e di quantità di liquor spiegano la tolleranza di versamenti da 60 cc. in alcuni, a 250 cc. di liquor in altri.

Il dolore, che a principio dipende da compressione della dura madre contro il cranio, o da spostamento e stiramento della falce, la deformazione, la mobilità abnormale delle ossa, l'emorragia, la fuoriuscita di liquor o di sostanza cerebrale sono segni rilevabili nelle fratture esposte.

L'esame, che deve essere solamente ispettivo, senza l'ausilio dello specillo, farà notare fessure di varia forma e lunghezza (da non confondere con suture anomale o suture di

ossa wormiane), ma la radiografia sarà di valido aiuto.

Alcune volte i sintomi iniziali regrediscono e ciò dipende dal regresso dei sintomi di shock e di diaschisi, poi dal regresso dei disturbi circolatori, poi dalle migliorate vie nervose, poi dall'avviarsi delle conduzioni attraverso altre vie. Alcune volte si hanno convulsioni generali. Esse sono un fenomeno tardivo che talora accompagna il coma ed il sopore: vengono ad accessi e secondo Kocher dipendono dal cervello medio. Bergmann ha dimostrato che talora gli infossamenti ossei, specie nei giovani, possono mancare della sintomatologia di compressione. Di solito la pressione cerebrale aumentata, fa versare attraverso la ferita cranica masse di cervello decomposto e spesso di cattivo odore; inoltre possono determinarsi complicazioni infettive particolarmente gravi (meningoencefalite, ascesso cerebrale) di solito mortali.

Una complicazione caratteristica è il prolasso che si stabilisce attraverso un foro della dura e del cranio per l'aumento della pressione. I postumi a distanza dipendono spesso da sintomi dapprima molto tenui o trascurati o misconosciuti o ignorati, ma che scoperti a tempo avrebbero evitato peggioramenti (cecità transitoria, restringimento del campo visivo, astereognosia, equivalenti epilettici, crisi di vertigini, vera epilessia Jaksoniana, debolezza mentale, nevrastenia, pseudoparalisi generale, D'Este).

Per la cura, il medico deve mirare a combattere l'infezione primaria o secondaria, assicurando il libero deflusso alle secrezioni. I margini della ferita vanno scissi, il contorno allargato, le scheggie allontanate. I pareri sono discordi se convenga chiudere la ferita o sia preferibile tamponare lassamente allo scopo di evitare l'infezione. La scuola di Roma e molti in Italia, vogliono la chiusura per prima. Questa norma ha sancito il XXXVII Congresso della Società di Chirurgia a Roma; sono da escludere però le ferite già estesamente infette e quelle in cui il trattamento suddetto non può essere applicato scrupolosamente (Alessandri).

Nelle ferite d'arma da fuoco, mai specillare il tragitto, fare abbondanti lavaggi con siero caldo per asportare i grumi, la poltiglia cerebrale e gli eventuali corpi estranei. Quanto alla toiletta ossea, giova ricordare che il chirurgo deve sacrificare il meno possibile frammenti ossei. La guarigione asettica delle ferite cranio-cerebrali è un fattore importante per la reintegrazione anatomica della breccia ossea non molto estesa, ed anche per il ripristino funzionale delle localizzazioni nervose (Giacobbe).

Nei casi in cui è residuata una lacuna ossea piuttosto grande ed in cui si deve temere un'ernia o prolasso cerebrale, o ammettere l'aderenza delle meningi con la cicatrice esterna, i pazienti debbono essere profilatticamente sottoposti all'operazione (meningolisi, eventualmente trapianto osseo).

Ma un metodo semplice esponiamo alla critica perchè pare che con esso si possa agevolmente impedire ogni aderenza del cervello e delle meningi (aracnoide e pia) al cuoio capelluto durante il lavoro di riparazione. Il metodo è basato sul principio che è necessario per ogni ferita che la riparazione avvenga per ciascun piano; in altri termini bisogna imporre alla *vis medicatrix naturae* la stessa strada che ogni buon chirurgo segue nella ricostruzione degli strati dopo un intervento. La presenza di cicatrici nello spazio sottodurale ostacola i movimenti del liquido cerebro-spinale e del cervello, cosicchè questo subisce stiramenti ed irritazioni che producono piccole emorragie cerebrali corticali, nevrosi, alterazione della pressione del liquor. A queste condizioni corrisponde una sindrome costituita da cefalea, vertigine, alterazioni della memoria, talora epilessia. In certi casi rimangono per anni infiammazioni croniche delle meningi molli alle quali (Tilmann) fu imputata l'insorgenza di epilessia traumatica tardiva e psicosi. Perciò nel caso particolare delle ferite cranio-cerebrali, se è stata lesa la dura madre soltanto, bisogna curare che questa si richiuda e ricostruisca nel miglior modo la forma anatomica. Se tutte le meningi sono state lese, ed anche la massa cerebrale, bisogna attendere che prima il cervello ripari la sua lesione, e poi si permetterà alla pia la chiusura, ed infine, conservando lo spazio subaracnoide si lascerà cicatrizzare aracnoide e dura, per curare infine che la cicatrice del cuoio non aderisca alle altre. In altri termini bisogna aiutare la natura in questa operazione di meningolosi, mantenendo fra ogni strato durante il lavoro di riparazione, la distanza anatomica normale. Per ottenere ciò si potrebbe applicare nella ferita, a contatto collo strato sano, un palloncino di caucciù vuoto, nel quale, attraverso una imboccatura che fuoriesca dalla breccia, si può iniettare con una comune siringa graduata quella quantità di aria o di liquido che il singolo caso richiederà. Con questa manovra il palloncino si gonfierà, ma non potendosi espandere al disotto perchè incontra la massa cerebrale, non potendo espandersi regolarmente al di-

fuori perchè il bordo osseo della breccia lo impedisce, si espanderà trasversalmente assumendo la forma di un cuscinetto elissoidale che impedirà al cervello o alle meningi di venire a contatto con l'osso o con il cuoio capelluto.

FIG. 3.
Extradurale Sottodurale
Sez. sagittale.

La figura seconda mostra i tempi della manovra. *Ma il cervello è compressibile?*

La sostanza cerebrale è fisicamente incompressibile, ma il cervello è un organo vitale nel quale continuamente avvengono scambi liquidi tra cellule e spazi interstiziali, cosicchè si può ammettere che dalla sostanza cerebrale si possono spremere liquidi e che perciò il cervello sia compressibile (Egidi). Naturalmente il metodo è pericoloso per la possibilità di infezioni e meningiti purulente, ma l'accurata toiletta quotidiana con tutte le regole della asepsi potrà garentire il successo.

Riflessioni. — Come appare dalla documentazione fotografica, oltre alla frattura della volta cranica, nel nostro caso, vi fu anche una lesione del cervello (circa 12 grammi di poltiglia cerebrale fu asportata nei vari momenti della cura). E' noto che ogni trauma del cervello colpito in pieno o nella sola corteccia, provoca disturbi più o meno gravi di commozione, contusione, non parlando di tutte le possibili sequele più o meno deprecabili; come si può spiegare il fatto che nel nostro caso nessuno dei fenomeni nervosi siasi verificato?

Come si può ammettere che le schegge ossee affondate nella massa cerebrale siano state tanto discrete da passare fra le circonvoluzioni, fra i vasi, senza intaccare nulla, senza toccare centri motori o sensitivi, nè provocare paralisi della faccia o degli arti? Dall'esame esterno della ferita e seguendo il metodo di D'Antona per la determinazione del solco di Rolando fu possibile di pensare che la lesione non fosse molto distante dalla scissura di Rolando e quindi dalla circonvoluzione prerolandica; cioè in quella parte di corteccia a cui i fisiologi e neurologi non hanno potuto assegnare altra funzione se non quella sensitiva, termoregolatore, vasoregolatore, trofica, della vescica, del retto, della eiaculazione, e delimitata da Luciani e Seppilli dalla parte posteriore delle tre circonvoluzioni sagittali frontali, dalle due circonvoluzioni centrali dal lobus paracentralis e dalle due parietali. A parte la escoriazione manifestatasi alla punta del naso, e un evidente grado di rossore del volto dei primi giorni, nel paziente non si potette notare altro disturbi. Esiste un'azione di supplemento dei centri sani in favore di quelli distrutti, oppure bisogna pensare al ripristino della funzione per graduale riparazione dei tessuti distrutti? Trattandosi di un organismo in pieno sviluppo, questa seconda ipotesi pare più accettabile. Ma a parte questi interrogativi a cui potranno solo rispondere fisiologi e neurologi, le deduzioni che si possono trarre dal caso esposto sono semplici.

Grazie all'asepsi scrupolosa, si può evitare la complicazione di ferite cerebrali, la meningoencefalite, cioè, dovuta a decomposizione delle parti distrutte e all'infezione; si può evitare l'ascesso cerebrale che talora resta circoscritto al focolaio di contusione e talora acquista proporzioni tali da determinare l'edema cerebrale, mortale. Si può dunque concludere che l'intervento immediato, aiutato da scrupolosa asepsi, nelle ferite del cervello da colpo d'arma da fuoco (pistola-fucile) a polvere poco intensa, o a scarsa velocità, anche se trattate aperte, può dare i migliori risultati e non permette di considerare il caso irreparabile, e la cura al di sopra delle nostre forze.

S. Pietro Infine (Napoli).

RIASSUNTO.

Con questa comunicazione l'A. ha inteso esporre la patogenesi, diagnosi e trattamento di una grave lesione cranio-cerebrale da arma da fuoco, sottoponendo infine alla critica un semplice metodo per evitare le deprecate aderenze cicatriziali delle meningi con il cranio o con il cuoio capelluto nel punto della lesione.

LAVORI CONSULTATI.

FORGUE. *Patologia chirurgica*, vol. I.
EGIDI. *Trattamento delle ferite del cranio non da arma da fuoco.*
BENINI. *Patologia chirurgica*, vol. II.
GARRÉ-BOCHARD. *Chirurgia.*
LUCIANI. *Fisiologia dell'uomo.*
Policlinico. Sezione pratica, n. 43, 1931.
DUPORT. *Frattura della base e volta del cranio da fuoco.* Revue des Accademies du Belgique, 1896.
HELFERICH. *Fratture e lussazioni.*
FUMAROLA. *Malattie del sistema nervoso centrale.*

CASISTICA E TERAPIA.

Sull'echinococcosi renale.

L'echinococcosi del rene, costituisce un'affezione notevolmente rara. La percentuale di questa localizzazione del parassita, varia infatti, rispetto alla totalità dei casi di echinococcosi, dall'1 %, nella statistica islandica di Finsen, al 5 % dei casi, in quella del Grifi, compilata nella Clinica Chirurgica di Roma.

I sintomi più comuni dell'affezione sono tre: tumefazione, coliche renali, emissione di idatidi attraverso le vie urinarie. D'osservazione comune anche l'eosinofilia e le reazioni immunitarie, eccezionale (Valdoni) l'urticaria.

La cura ne è essenzialmente chirurgica: *nefrectomia*, nei casi di grave distruzione dell'organo, e in quelli in cui il rene è colpito da processi suppurativi; *nefrotomia*, asportazione della cisti e sutura del pericistio, quando è possibile, ottenendosi così la guarigione per *primam*, secondo il metodo proposto e praticato dall'Alessandri e Scuola.

Premesse queste notizie generali riassuntive, R. Ascoli (*L'Ospedale Maggiore*, luglio 1932), descrive un caso da lui osservato, di echinococcosi renale, che si presta a considerazioni inerenti a peculiarità patogeniche e diagnostiche e permette di insistere sul fatto, che la eventualità di un'echinococcosi renale va tenuta presente anche nelle regioni, nelle quali l'echinococcosi è rarissima. E ciò soprattutto quando ci si trovi di fronte a sindromi renali, tipo colica, con aumento di volume del rene, vi siano o no fenomeni suppurativi, e si possano escludere tutte le più comuni malattie renali. Ancor più specificatamente vi si deve pensare, di fronte a reperti radiologici con imagini « a chiazze » del bacinetto e zone limitrofe eventualmente invase dal liquido opaco, e aspetto « a rosario » dell'uretere.

Nel caso descritto da R. Ascoli, la paziente varii anni prima che fosse riconosciuta affetta da echinococcosi, aveva sofferto di disturbi intestinali; l'A. esprime l'opinione che si possano riferire alla penetrazione del parassita nell'intestino, alla sua residenza e al passaggio delle larve attraverso l'intestino stesso. Una violenta eruzione orticarioide che afflisse l'ammalata qualche anno dopo, deve naturalmente far ammettere una rottura, magari impercettibile, della cisti, con penetrazione di liquido nei tessuti circolanti. Infine comparvero dolori di tipo colico alla regione renale, che si possono spiegare pensando o che una o più cisti, pervenute nel bacinetto vi abbiano ostacolato il deflusso dell'orina, oppure, più verosimilmente, con l'insorgere di pielonefrite.

Due lavature del bacinetto, diedero luogo ad eliminazione per via ordinaria di cisti figlie; segno patognomonico. Evidentemente si era creata una più ampia comunicazione cisti-bacinetto in seguito alla distensione di questo, verificatasi durante l'esecuzione del lavaggio.

M. COPPO.

Nella piuria infantile.

Schmitz (*Jahrbuch f. Kinderheilk.* e *Med. Welt*, 5 nov. 1932) ha ottenuto buoni risultati con la somministrazione di zucchero (glucosio) che egli somministra come unica dieta per 1-2 giorni. Lo si dà in soluzione di circa il 15 %, in tè, caffè malto, acqua con succhi di frutta, mucillagine di riso, da darsi in quantità di 1 litro per i poppanti e di l. 1 e 1/2 per i più grandicelli. In seguito, si forniscono anche altri idrati di carbonio, ma si fanno le « mezze giornate » con zucchero, dando cioè questo al mattino e somministrando nel pomeriggio delle pappe zuccherate. Nei poppanti, fino a 6-7 mesi, invece di queste il latte di donna oppure il latticello col 10 % di zucchero comune al 10 % e finalmente il latte di vacca con l'8 % di zucchero.

Lo schema della cura è il seguente: 1-2 giorni a solo zucchero e 3 mezze giornate di zucchero rispettivamente con 100-200-300 cmc. di latte: se ricompaiono dei leucociti nell'urina, si rifà una giornata intera con zucchero.

fil.

Tricomoniasi nell'uretra maschile.

Facendo l'esame microscopico del sedimento urinario d'un uomo adulto R. Amoia (*Pathologica*, 15 ottobre 1932) vi riscontrò numerosi flagellati piriformi della lunghezza media di 15-18 μ, provvisti di quattro flagelli anteriori liberi e di una membrana ondulante sul cui margine decorreva un flagello posteriore.

Un attento esame e a fresco e su preparati fissati e colorati convinse l'A. che si trattava di *tricomonas vaginalis*. Il p. non aveva mai sofferto blenorragia; egli aveva avvertito qualche mese prima del bruciore di poca entità lungo il canale uretrale.

Assolutamente eccezionale è la localizzazione del *tricomonas vaginalis* nell'uretra maschile e di uomini adulti. Anche nell'uretra e nella vescica della donna è piuttosto rara la migrazione dei flagellati.

Secondo alcuni autori vi sarebbe una sola specie di tricomonidi passibile di assumere caratteri morfologici diversi a secondo la sede del loro parassitismo; ciò è contrario al parere della maggioranza che ammette 3 specie di tricomonidi: intestinale, buccale, vaginale, strutturalmente differenziabili l'una dall'altra.

È prematuro affermare se il *tricomonas vaginalis* capace secondo molti di provocare nella donna delle vere vaginiti, sia pure patogeno nella sede dell'uretra femminile e maschile.

VICENTINI.

Nuovo trattamento dei calcoli endogeni della prostata.

All'asportazione dei calcoli prostatici per via ipogastrica o perineale finora eseguita, l'A. propone un nuovo trattamento: sotto il controllo uretroscopico egli scava delle profonde cavità a l'elettrocoagulazione sul pavimento

della fossetta prostatica, al livello delle doccie laterali del verumontanum.

I calcoli resi così liberi si eliminano spontaneamente qualche giorno dopo, al momento della caduta delle escare.

G. Luys (*Bulletins et Mémoires de la Soc. des Chir. de Paris*, tome XXIV, n. 5, 1932) comunica tre osservazioni in cui ha impiegato questo metodo con tre successi. VITALE.

MEDICINA SCIENTIFICA

Un possibile rapporto dell'insufficienza pancreatica coll'anemia perniciosa di Addison-Biermer.

L'anemia perniciosa dipende in parte da mancanza di una sostanza, non ancora nota, contenuta nel fegato e nello stomaco ed in parte da alterata digestione di alcune proteine e certamente per questa seconda parte ha importanza l'achilia.

Landau e Glass (1929) su numerosi casi in cui studiarono succo gastrico e duodenale videro 9 con achilia gastrica e pancreatica e, di questi 9, 8 erano malati di anemia perniciosa, mentre 1 non aveva una diagnosi netta (fu studiato poco). Osservazioni simili fecero più recentemente Kunos e Gerö.

G. Cheney e F. Niemand (*Arch. of Int. medic.*, giugno 1932) su 10 casi non curati di anemia perniciosa videro assenza di tripsina in 9 casi, mentre ce n'erano solo unità 2,5 nel decimo caso.

Un rapporto fra insufficienza pancreatica e anemia perniciosa è possibile se si pensa che nelle malattie del pancreas c'è macrocitosi.

Se si ammette l'ipotesi dei rapporti fra insufficienza pancreatica e anemia perniciosa, la tripsina potrebbe essere quel fattore ignoto di Castle non secreto dallo stomaco ma presente in esso per rigurgito del contenuto duodenale.

Gli AA. istituirono una serie di ricerche in proposito. Essi videro che alimentando ammalati di anemia perniciosa con carne di bue digerita da tripsina non si ebbero modificazioni del quadro ematico.

Invece ebbero le modificazioni indicate da Castle alimentando due malati di anemia perniciosa e uno di sprue con carne di bue digerita da succo gastrico artificiale contenente acido cloridrico, pepsina e tripsina.

Usando dopo la cura col fegato piccole quantità di tripsina, ottennero diminuzione del diametro delle emazie in 6 casi.

Quindi essi ritengono che l'anemia perniciosa dipenda da mancanza di digestione peptica e triptica. R. LUSENA.

L'azione leucopoietica dello zolfo.

Iniettando in conigli una sospensione all'1 % di zolfo in olio T. D. Power (*Lancet*, 13 febbraio 1932) ha potuto documentare un'azione leucopoietica dello zolfo, sia attraverso alla leucocitosi in circolo, sia attraverso il quadro stesso del midollo osseo, in cui la parte funzionante si dimostrò, negli animali trattati, in evidente aumento. In circolo si trovavano polinucleati neutrofili perfettamente maturi, e metamielociti.

L'attività fagocitaria era spiccatissima nei primi e discreta nei secondi. M. TORRIOLI.

VARIA.

Le variazioni della cenestesi in rapporto alle modificazioni dello stato elettrico atmosferico.

Lo studio dell'influenza che i fattori climatici hanno sulle funzioni organiche è tutt'ora notevolmente rudimentale, nonostante empiricamente tale influenza sia da tutti ammessa.

Ciò, secondo G. Ceresole (*Radiobiologica*, 21 aprile 1932), oltre che dalla difficoltà della ricerca, dipende dal concetto troppo semplicista che domina le nostre idee sulle cause determinanti gli effetti del clima sull'organismo animale: temperatura, umidità, pressione barometrica, regime dei venti, ecc. Vi sono molti altri coefficienti altrettanto importanti che conosciamo appena di nome e di cui non teniamo alcun calcolo, quali la ionizzazione dell'aria, l'elettricità atmosferica, la radioattività, il contenuto in ozono, tutti i gas rari, ed infine tutti quei fenomeni che costituiscono la sensibilità meteorica.

Uno dei punti meno studiati è quello riguardante le variazioni dell'elettricità atmosferica, che, come è provato dalle ricerche dell'abate Nollet, determinano modificazioni nella tensione osmotica dei nostri tessuti.

L'A., ripetendo l'esperienza che l'Abate Nollet aveva fatto con una macchina elettrostatica, ha potuto constatare che un recipiente metallico, isolato, pieno di acqua e munito di un forellino capillare, lascia cadere nell'unità di tempo una quantità differente di gocce a seconda che varia la tensione elettrica dell'atmosfera. Da tutto ciò, egli, in accordo col Nollet, deduce che le modificazioni della tensione elettrica fanno variare la pressione osmotica.

Essendo nota la importanza dei fattori osmotici nei fenomeni vitali, riesce evidente l'importanza del coefficente elettrico dell'atmosfera sulle modificazioni della funzione osmotica dei tessuti. Infatti, calcolando nelle diverse stagioni e giornate i dati forniti dall'apparecchio su descritto e le sensazioni individuali di alcune persone specialmente scelte, l'A. ha potuto constatare che nei giorni di maggiore ionizzazione dell'aria (conducibilità elettrica alta) tali soggetti accusavano sensazione di fiacchezza, di oppressione, di depressione, mentre nei giorni a tensione elettrica alta (conducibilità bassa) avvertivano senso di irritabilità.

Lo scirocco, di cui è nota l'azione deprimente sull'essere vivente, è un vento caldo umido ed è appunto questa sua qualità che è stata erroneamente ritenuta la causa del fenomeno; la vera causa invece sta nella bassa tensione elettrica che lo accompagna.

LIVERANI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

TRIBUNA LIBERA.

In tema di pubblici concorsi ospedalieri.

Illustre e caro prof. Alessandri,

Malgrado il cortese invito ai colleghi chirurghi ad esprimere il loro parere sulle proposte da Lei avanzate a proposito di una eventuale regolamentazione unica delle norme da adottare per la costituzione delle Commissioni di concorso a primario di ospedale e intorno alle direttive da seguire nei giudizî di merito, confesso che non mi sarei accinto ad intervenire nella questione per l'evidente modestia del mio parere e perchè riluttante per temperamento a partecipare a discussioni pubbliche.

Però lo spunto a ripresentare le proposte già da Lei avanzate circa un anno e mezzo fa Le viene fornito da un caso avveratosi in un recente concorso a chirurgo primario di un ospedale della provincia di Pavia, caso che Lei conosce — penso io — imperfettamente e che pertanto, forse con troppa precipitazione forse per amore di tesi, sarebbe indotto a definire « scandaloso ». E poichè tale grave qualifica pubblica del caso potrebbe permettere che si elevi un'ombra poco simpatica sull'operato di una Commissione giudicatrice, non seconda a nessuna per competenza, correttezza ed equanimità di giudizi; e poichè in verità il caso stesso sta piuttosto contro le proposte da Lei caldeggiate, che non a favore, e vi starebbe decisamente se esso meritasse veramente la qualifica da Lei datagli, mi sono un po' a malincuore deciso ad intervenire sovrattutto a fine di completare le sue conoscenze in proposito, sicuro che Lei vorrà con la sua consueta lealtà e cortesia ricredersi. Rilevo al riguardo che io conosco il « caso » direttamente e molto da vicino.

1° Innanzitutto devo notare che la Commissione del concorso di cui si tratta era composta da tre professori ordinari di Università e da due alti funzionari di Prefettura, di cui uno, non tecnico, presiedeva la Commissione stessa: pure questi aveva diritto di voto. Tra i primi vi era il Clinico Chirurgo, la cui presenza — secondo il di Lei asserto — garantiva assoluta competenza e serenità di giudizio, il Patologo Chirurgo ed un illustre Anatomo-Patologo.

Il giudizio di merito dei concorrenti fu basato, con definizione in cifre, sulla valutazione, da un lato, dei titoli di carriera, scientifici pratico-operativi, dall'altro, su quella degli esiti di diverse prove, quali una prova clinica con esame del malato, fatto in presenza della Commissione e seguìto da esauriente discussione sul caso; una prova di medicina operatoria sul cadavere — esecuzione di un atto operativo ed interrogatorio del candidato sulle indicazioni, sul valore e sulle norme tecniche di esso —; una prova di cultura sotto il duplice aspetto di interpretazione di preparati istologici e di lettura di radiogrammi. La somma dei punti riportati definiva automaticamente la posizione del concorrente nella graduatoria.

Come vede, illustre Professore, il programma da Lei difeso circa la costituzione della Commissione e le norme da seguirsi per i giudizi di merito si era questa volta avverato quasi alla lettera: con due varianti, la prima riguardante la facoltà di voto lasciata anche al Commissario non tecnico; la seconda che si riferisce alla prova sul cadavere, che Lei ammetterebbe solo in linea secondaria mentre essa aveva un'importanza pari alle altre.

Se nelle condizioni sopraccennate fosse veramente avvenuto un fatto « scandaloso » tutta la di lei tesi a questo riguardo sarebbe infirmata, poichè diverrebbero possibili tali fatti puranco con l'attuazione di quei criteri che Ella giudica i più efficienti per una garanzia di competenza, di serenità, di completezza di giudizio.

Ed allora forse superfluo sarebbe il legiferare in proposito.

2° Ma veniamo alla prova di Medicina Operatoria. Fu la prima, per mere necessità contigenti, a cui vennero invitati i concorrenti, e per essa fu messo a disposizione un cadavere per cortese interessamento del Direttore del R. Istituto d'anatomia umana normale ed un ricco strumentario fornito dalla R. Clinica Chirurgica. La prova si svolse nell'Istituto di Anatomia con estrazione a sorte — fatta dagli stessi candidati, contemporaneamente — del turno di esame e del numero corrispondente al tema da eseguire, che naturalmente veniva portato a conoscenza degli interessati man mano questi si presentavano per la prova.

Per tutti i concorrenti, in numero di cinque, servì l'unico cadavere disponibile; tutti furono preventivamente informati che il cadavere era stato iniettato con formalina; per tutti fu fissata un'ora di tempo per la prova pratica sul cadavere seguìta da mezz'ora riservata alle interrogazioni.

Il tema « allacciatura dell'arteria tiroidea inferiore » era toccato in sorte al candidato, che dovette, di necessità, praticare l'operazione sul lato sinistro del collo, poichè la parte destra era stata utilizzata da un precedente concorrente per l'allacciatura dell'arteria vertebrale.

L'operazione si svolse nel modo seguente: incisione di circa dieci cm. sul margine interno del muscolo toraco-mastoideo, dipartentesi dalla base del collo; scopertura del lobo sinistro tiroideo, modicamente ipertrofico; isolamento del fascio vascolo-nervoso carotideo. A questo punto l'operatore apre in tutta la sua lunghezza la capsula del lobo tiroideo, piuttosto spessa; sposta con un uncino quadruplo acuto l'organo all'interno, ribattendo all'esterno il margine laterale della capsula incisa; isola diversi rami arteriosi, man mano gli appaiono nel campo operatorio (si trattava dei rami, piuttosto cospicui, di divisione dell'arteria tiroidea superiore).

Seconda fase: spostamento in alto del polo inferiore della tiroide, scapsulata, e ricerche alla base del collo compreso tutto il giugulo. Terza fase: isolamento del fascio vascolo-nervoso carotideo sul lato esterno e spostamento di esso all'indentro mediante l'applicazione di un uncino quadruplo acuto che ferisce la vena giugulare profonda, con conseguente imbrattamento molesto del campo di ferita dovuto allo scolo di liquame brunastro; abbandono del nuovo campo operativo e ripristino delle ricerche medialmente al fascio vascolo-nervoso, questa volta portate in profondità. Scopertura del piano prevertebrale, lesione dell'aponevrosi cervicale profonda, indagini in mezzo alla muscolatura sottostante prima in prossimità del tubercolo della settima vertebra cervicale poi a ridosso del tubercolo di Chassaignac: vengono messi allo scoperto i vasi vertebrali.

Il tempo impiegato nelle manovre precedenti fu di un'ora e cinque minuti: il candidato pose spontaneamente termine alla prova dopo circa altri quindici minuti. Seguì una discussione sulla base di diverse domande rivolte al candidato dal clinico chirurgo.

La Commissione dopo uno scambio di idee, di osservazioni, di rilievi sulle prove di medicina operatoria compiute, deliberò di procedere alla votazione di esse solo dopo che tutti gli esami fossero finiti: ciò che fu fatto.

EccoLe pertanto fotografata la prova riferentesi al caso così detto « scandaloso ».

Il candidato non si presentò alla successiva prova clinica tenuta in altra città e precisamente nell'ospedale per il quale era stato bandito il concorso.

Sono in grado di affermarLe che il Candidato fu la sera precedente la prova clinica consigliato ed incoraggiato autorevolmente a continuare gli esami nell'opinione che la prima non favorevole prova avrebbe potuto essere compensata da un esito buono delle altre e da una buona classificazione dei titoli di carriera, scientifici, pratico-operativi; e che in ogni modo ciò avrebbe potuto fornire una sicura prova del suo valore e costituire una efficace tutela del suo prestigio.

Che poi il candidato abbia desiderato un controllo postumo sull'eventuale presenza di una anomalia arteriosa, mentre sarebbe stato tanto facile di richiederlo tempestivamente alla Commissione — occorreva però in tal caso di aver sicura coscienza che la presenza di una anomalia poteva rimediare alle troppe mende di esecuzione dell'atto operativo —; che abbia ciò fatto per la difesa morale dei suoi interessi piuttosto che per procurarsi un argomento sfruttabile per tentare di ottenere l'annullamento del concorso — con ingiusto danno di chi aveva ben superato tutte le prove —; che si sia trovato, con il crisma di testimonianze, un'arteria tiroidea inferiore esile ed originantesi da una delle varietà note del tronco tiro-bicervico-scapolare: tutto ciò non ha nessun riferimento con l'operato della Commissione giudicatrice, la quale aveva elementi bastevoli per giudicare la prova, prescindendo affatto dalla mancata legatura dell'arteria ricercata.

L'esame, per rigoroso dovere di equanimità, doveva essere giudicato in base a quanto era stato fatto durante l'ora regolamentare; del resto la necessità ed anche la semplice opportunità di un controllo sul cadavere veniva a mancare in seguito al ritiro del Candidato dalle prove ulteriori.

Si sente ancora, illustre Professore, di ripetere la qualificazione data al « caso » di cui si discorre? Crede ancora che esso sia di « un'evidenza palmare » a sostegno delle proposte da Lei raccomandate?

Mi lasci a questo punto formulare l'ipotesi che Lei possa ammettere come una prova di esame di medicina operatoria fallita venga a costituire un argomento a favore della sua tesi.

Ma non è più pratico e più esatto argomentare invece che, se un candidato pure fornito di ottimi titoli può fallire in prove pratiche non certo peregrine di medicina operatoria, ciò dipende da lacune nella preparazione chirurgica? Ed allora, direi io, diamo importanza alla prova pratica sul cadavere, come a tutte le altre, perchè pur essa è suscettibile di fornire elementi discriminativi atti a selezionare i concorrenti. Senza contare, in primo luogo, che l'essere a conoscenza di tale esigenza nei concorsi sarà di sprone forte per molti giovani chirurghi a completare, perfezionare, affinare il proprio addestramento tecnico con esercizi sul cadavere, anche quando abbiano la fortunata possibilità di eseguire un certo numero di atti operativi sul vivo. In secondo luogo, la Commissione avrà affidamento che il candidato è in possesso di precise norme tecniche, così come l'esame corretto del malato dà affidamento sulle buone conoscenze di semeiotica; ed infine servirà a valorizzare, indirettamente e sotto almeno uno dei loro molteplici aspetti, quegli elenchi di operazioni praticate sul vivo, che sono presentati troppo di spesso in modo schematico e sui quali non sempre è possibile di avere attestazioni rigorose dell'autenticità degli interventi compiuti nè tanto meno è permesso di valutare l'esattezza delle diagnosi, le indicazioni e gli esiti reali di essi.

Per le restanti proposte sono d'accordo con Lei, sebbene conosca tutte le obbiezioni che si possono sollevare contro di esse; sarebbe perciò interessante, come Lei pure afferma, che si manifestassero sovrattutto le opinioni discordi affinchè da una discussione per contradittorio si possa addivenire alle conclusioni migliori atte a rispettare gli interessi tanto di quei chirurghi che sono agli esordi della loro carriera, come di quei colleghi già maturi che intendono di completare la carriera stessa.

Prima di chiudere non mi sembrerebbe poi inopportuno che, mentre ci si studia di tutelare in ogni modo gli interessi dei candidati con la più diligente e completa regolamentazione, si volesse anche un po' pensare a salvaguardare i giudici da manovre e da attacchi ingiustificati o addirittura deplorevoli

Voglia scusare, illustre e caro professore, la lunghezza del mio dire e gradisca, con deferenti saluti, l'espressione del mio più cordiale ossequio.

Dev.mo Prof. GIOVANNI MORONE.

Pavia, 16 dicembre 1932 - XI.

* * *

Faccio seguire soltanto poche parole a questa particolareggiata lettera del prof. Morone, perchè la mancanza di spazio non mi permette di entrare oggi in una discussione, come vorrei.

Ma, avendo ricevuto a proposito dello stesso caso una lettera anche del prof. Fichera, che precisa pure le modalità speciali di quel concorso, come sono esposte in esteso dal prof. Morone, ho il dovere di dichiarare, ai due egregi colleghi, che le parole di commento che feci seguire alla lettera del prof. Tansini non avevano alcuna intenzione di elevare delle critiche alla Commissione esaminatrice. Se infatti si rileggono le mie parole si vedrà che io non feci alcun apprezzamento sull'operato degli esaminatori, e se definii il caso « tipico » e direi (al condizionale) « scandaloso », questo aggettivo si riferiva evidentemente solo al caso e non alla condotta della Commissione.

Dopo quanto espone il prof. Morone sull'andamento della prova sul cadavere, lasciando s'intende, come è mio dovere, a lui la responsabilità della minuta discussione di essa, non ho alcuna difficoltà ad affermare che non vi è nulla da eccepire sul giudizio della Commissione, che del resto pare non sia stato neppure precisato in cifre, per mancata presentazione del candidato alle prove successive.

Rimane sempre la ragione che mi ha indotto a ritornare sull'argomento dei concorsi al Primariato, specialmente per quel che riguarda la prova di medicina operatoria sul cadavere; su di ciò e di quanto in proposito espone il prof. Morone, mi riserbo di parlarne in un prossimo numero, lasciando da parte il caso speciale

R. ALESSANDRI.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Consiglio Superiore di Sanità.

Presso il Ministero dell'Interno si è riunito il Consiglio Superiore di Sanità sotto la presidenza del sen. prof. Marchiafava. Oltre a vari pareri espressi sopra affari sanitari di ordinaria competenza, quali domande di autorizzazione all'esercizio di stabilimenti termali, pareri medici vari e richieste di privativa industriale, il Consiglio ha preso in esame alcuni importanti argomenti di carattere generale. Fra questi, di particolare interesse: la profilassi della tubercolosi dell'infanzia; l'autorizzazione all'uso del vino nei collegi e negli istituti di educazione; modifiche alla vigente legislazione sulla pellagra, potendosi oggi considerare quasi completamente scomparsa l'endemia pellagrosa in Italia.

Inoltre, il Consiglio si è occupato: della disciplina e del controllo sulle sostanze disinfettanti, della profilassi della febbre ondulante, dell'impiego del solfuro di carbonio a scopi agricoli e della inclusione fra i presidî medici o chirurgici delle maschere di protezione individuale contro i gas e le polveri nocive nell'industrie.

Infine il Consiglio Superiore, prima di porre termine ai suoi lavori, ha votato per acclamazione un ordine del giorno di ammirazione e di plauso per la saggia ed energica organizzazione dei servizi sanitari, che insieme con i grandi lavori di bonifica ha permesso la recente costituzione del comune di Littoria nell'Agro Pontino e la mirabile, indefessa opera risanatrice che, per volontà del Capo del Governo, si viene sviluppando attraverso la collaborazione di medici e bonificatori per riscattare al lavoro e alla salute del popolo il territorio nazionale.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BELLUNO. *Ospedale Civile*. — Al 31 gen., ore 18; medico primario principale; L. 8500 e 4 quadrienni dec., oltre L. 1050 c.-v.; detrazione 12 %; età lim. 35 a. al 26 dic.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi. Chied. annunzio.

BOLZANO. *Comune*. — Al 30 gen., ore 18, due condotte; L. 7500 e 5 quadr. dec., addizion. L. 6 oltre il 20 % della popolaz., L. 2000 trasp., Lire 3000 alloggio con obbligo di ambulatorio; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. a 6 mesi dal 10 dic.

CAMPAGNATICO (*Grosseto*). — A tutto 31 gen.; 1ª cond.; L. 9700 da decurtare del 12 %, 5 quadrienni dec., c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 1° dic.

CAPODIMONTE (*Viterbo*). — Scad. 10 marzo, Lire 10.500 da ridurre del 12 %, oltre L. 400 uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

CHIETI. *Ospedale Civile*. — Scad. 31 genn.; assistente al reparto Chirurgia e assistente al reparto Medicina; chiedere avviso alla Segreteria.

CITTADUCALE (*Rieti*). — A tutto 28 feb., 1ª cond.; L. 9500 per 500 pov., 5 quinquenni dec., L. 3000 trasp.; riduz. 12 %; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 5 dic.; età lim. 40 a.

DOVADOLA (*Forlì*). — A tutto 30 gen.; 1° reparto; L. 10.000 e 10 bienni ventes., oltre L. 3000 direz. Ospedale, c.-v.; età lim. 35 a.; 4 anni di serv. chirurgico in cliniche od ospedali; doc. a 3 mesi dal 30 nov.; tassa L. 50,10. Chied. annunzio.

GRECCIO (*Rieti*). — Scad. 15 gen.; L. 10.500 ridotte come per legge e 5 quadrienni dec., L. 3500 cavalc., L. 400 se uff. san.

GUALDO CATTANEO (*Perugia*). — Scad. 15 feb.; capoluogo; L. 9500 e 3 quinquenni dec., oltre L. 600 serv. att., c.-v.; riduz. 12 %, L. 500-2000-4000 trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 10 dic.

MAGENTA (*Milano*). *Ospedale Civile « Giuseppe Fornaroli »*. — Scad. 31 gen., ore 17; assistente; L. 8000 oltre L. 2000 serv. att., alloggio ecc., partecipaz. 10-30 %; età lim. 35 a.; votazioni esami spec. e di laurea; triennio di radiologia e in laboratorio di microscopia e batteriologia in Istituti Ospitalieri; doc. a 3 mesi. Chied. annunzio.

MASSA E COZZILE (*Pistoia*). — Scad. 10 feb.; lire 7000 e trienni ventesimo senza limitazioni, oltre L. 3000 trasp., L. 700 uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

MATELICA (*Macerata*). — Al 15 gen.; condotta di campagna; L. 7000 oltre L. 2500 cavalc., c.-v., 3 quadrienni dec., se uff. san. L. 1200; deduz. 12 %.

MOLITERNO (*Potenza*). — Scad. 15 gen.; per Sarconi; L. 6000 e 6 quadrienni dodices.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

MONDAVIO (*Pesaro*). — Scad. 31 genn., 2ª condotta; età lim. 40 a.; tassa L. 50; doc. a 6 mesi da! 20 dic.; stip. L. 8000 lorde 12 %, per 500 pov., addizion. L. 2 da 501 a 1000 pov. e L. 3 oltre; c.-v.; L. 3000 cavalcat. lorde 12 %.

MONTEGIORGIO (*Ascoli Piceno*). *Congregazione di Carità*. — Chirurgo direttore dell'Ospedale Civile Diotallevi. Stipendio L. 12.000 già ridotto del 12 % lordo delle ritenute di legge; 60 % sui proventi degli atti operatori e dell'ambulatorio. Oltre i documenti di rito richiedesi biennio servizio fatto in qualità di chirurgo in ospedali di comuni aventi non meno di 4000 abitanti. Età massima anni 40 salvo eccezioni di legge. Nessun limite di età è prescritto per chi trovasi a prestare servizio, anche con nomina provvisoria, presso un Ospedale Civile. Domande e documenti debbono pervenire alla Congregazione di Carità non oltre le ore 12 del 24 febbraio 1933.

NUORO. *R. Prefettura*. — Scad. 15 febb.; ufficiali sanitari pel capoluogo e per i comuni di Bortigali, Gavoi, Ierzu, Macomer, Oliena, Orani; stipendi rispettiv. L. 12.000, 1000, 2640, 3000, 5000, 3000, 5000; al 1° posto è anche annessa l'indenn. serv. att. L. 1800; titoli ed esami; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10 al Tesoriere Comunale. Chied. annunzio.

PECCIOLI (*Pisa*) — Scad. 15 feb.; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2000 trasp.; età lim. 35 anni.

PIACENZA *Consorzio Prov. Antitubercolare*. — Scad. 28 feb., ore 17; aiuto medico; titoli ed esami; L. 14.000 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 20 dic.; chiedere annunzio.

PIETRASANTA (*Lucca*). — Scad. 10 mar.; due condotte; L. 9000 e 5 quinquenni dec.; cavalc. L. 1500; c.-v. L. 840; riduz. 12 %; età lim. 40 a.

PORTOMAGGIORE (*Ferrara*). *Ospedale Civile*. — Scad. 30 gen.; direttore sanitario; L. 7500 e 6 trienni ventesimo, alloggio, c.-v., compartecipaz. 60 % incasso netto; età lim. 25-40 a.; tassa L. 50,10. Domanda e documenti all'Istituto di beneficenza Eppi.

RAVENNA. *Comune*. — Scad. 10 feb.; per S. Alberto Servarna; L. 8000 oltre L. 1250 serv. att., 10 bienni ventesimo; riduz. 12 %; trasp. L. 2500; età lim. 40 a. al 5 dic.; tassa L. 50.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni* (Ferrovie dello Stato). — Concorsi per titoli ai seguenti posti di Medico di riparto:

Rubiera (Bologna); Siena III (Firenze); Imperia P. M., Olivetta S. Michele, Zoagli, Monterosso al Mare (Genova); Voghera II (Milano); Marcianise (Napoli); Rosignano Solway. Vada (Pisa); Brancaleone, Palmi (Reggio Calabria); Montalto di Castro II, Monterotondo, Viterbo I, Ciampino, Barbarano (Roma); Gorizia Centrale (Trieste); Castello di Godego, Venezia Mestre III (Venezia). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 20 gennaio 1933.

S. GIORGIO LOMELLINA (*Pavia*). — Scad. 14 gen.; L. 11.000 e 5 quadrienni dec., c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

SANTA CRISTINA GELA (*Palermo*). — Proroga 28 feb.; v. fasc. 37 del 1932.

SANTULUSSURGIU (*Sassari*). — Scad. 31 gen.; L. 7920 oltre c.-v. L. 759,20 e 4 quadrienni dec.; tassa L. 50,10.

SARONNO (*Varese*). — Scad. 31 genn. ore 15; 1ª cond.; L. 8000 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %, tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 20 dic.; età lim. 35 a. Chied. annunzio.

TARQUINIA (*Viterbo*). — Condotta medico-chirurgica 1° Rione S. Martino e Castello. Per titoli. Stipendio iniziale L. 9500 suscettibili di cinque aumenti quadriennali in L. 1000 ciascuno; indennità caro-viveri nella stessa misura stabilita per il personale dello Stato, se e fino a quando verrà corrisposta agli altri dipendenti. Stipendio, indennità caro-viveri, soggette alle ritenute di legge ed alla riduzione di cui al R. D. 20 novembre 1930, n. 1491. Tassa di concorso di L. 50,10. Scadenza 28 febbraio 1933. Per notizie sui documenti da esibire e ulteriori chiarimenti, rivolgersi alla Segreteria Comunale.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

È aperto il concorso al premio triennale di L. 500 istituito dal fu cav. dott. Isacco Galligo, per lavori di sifilografia e pediatria. Scad. 31 ottobre 1933. Il premio sarà conferito secondo le norme di un regolamento che s'invia facendone richiesta alla Segreteria, presso la residenza dell'Accademia, via Alfani 33, Firenze.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Facoltà medica della R. Università di Palermo ha chiamato, con votazione unanime, il prof. Carlo Vercesi, attualmente a Sassari, alla direzione della Clinica ostetrico-ginecologica quale successore del prof. Cova.

Il ten. colonnello medico dott. Virginio de Bernardinis, redattore-capo del « Giornale di Medicina Militare », ha conseguito la libera docenza in patologia medica. I nostri rallegramenti al valente studioso.

Con decreto prefettizio sono stati riconfermati per il quadriennio 1° gennaio 1933 - 31 dicembre 1936, tutti gli attuali componenti del Consiglio degli Istituti ospitalieri di Milano e cioè: presidente avv. comm. Massimo Della Porta fu on. Luigi; rappresentanti del Comune di Milano, signori: dott. prof. conte Carlo Radice Fossati e avv. gr. uff. Ambrogio Binda, ing. gr. uff. comm. Carlo Valvassori Peroni; rappresentante della provincia per i ventidue Comuni aggregati al Circolo ospitaliero di Milano: ing. gr. uff. Emilio Prandoni.

NOTIZIE DIVERSE.

Unione internazionale di soccorso.

È entrata in vigore la Convenzione di Ginevra 12 luglio 1927, che segnò la fondazione dell'Unione Internazionale di soccorso. Ci siamo altre volte occupati di questa nobilissima iniziativa italiana che, col costante e fermo appoggio del Capo del Governo e mercè gli sforzi instancabili del promotore, sen. Giovanni Ciraolo, ha potuto imporsi, attraverso molteplici difficoltà.

L'entrata in vigore della Convenzione del 12 luglio 1927 è stata determinata dal compimento delle condizioni che la Conferenza, dalla quale uscì la Convenzione stessa, aveva fissato. Principale di queste condizioni era la ratifica da parte di almeno 12 Stati, con la sottoscrizione, da parte degli Stati medesimi, della relativa tassa d'ammissione.

Le adesioni e le ratifiche comunicate a Ginevra sono state finora ventisette: Italia, Inghilterra, Francia, Germania, Albania, Belgio, Bulgaria, Danzica, Egitto, Equador, Finlandia, Grecia, Ungheria, India, Lussemburgo, Monaco, Nuova Zelanda, Persia, Polonia, Romania, San Marino, Sudan, Svizzera, Cecoslovacchia, Turchia, Venezuela e Jugoslavia. Altre procedure di ratifica e di adesione sono in corso. La Società delle Nazioni dovrà poi convocare il consiglio dei delegati degli Stati membri, i quali alla loro volta dovranno approvare i regolamenti di amministrazione, e gli accordi con gli organi internazionali delle società specializzate nel soccorso e con quelli della Croce Rossa. Dopo di che il funzionamento dell'Unione avrà regolarmente inizio.

Congresso internazionale per la tutela dell'infanzia.

Avrà luogo a Parigi dal 4 al 9 luglio; sarà in discussione il tema: « Statismo e beneficenza », relatori Lesage e Huber (di Parigi). Il Congresso sarà diviso in 8 sezioni. Tassa d'iscrizione: 100 franchi per i membri titolari e 50 per gli associati, da versare al tesoriere del Congresso, sig. Félix Lenoir. Chiedere i programmi alla segreteria generale. Sede degli uffici: boulevard de Vaugirard 26, Paris XVe.

Giornate di patologia esotica a Parigi.

Nei giorni 8 e 9 del febbraio verrà celebrato, a Parigi, il 25° anniversario di fondazione di quella fiorente « Società di Patologia Esotica ».

Si terranno due « giornate di patologia esotica », destinate ciascuna alla discussione e allo studio di un problema d'attualità. Nella prima seduta, dell'8 febbraio, sarà trattato il tema: « Eziologia e cura delle infezioni intestinali », relatore il prof. G. Sanarelli. Nel giorno successivo si discuterà il tema: « Febbri esantematiche », relatore il prof. C. Nicolle. Si prenderà in esame anche il tema: « Modo di trasmissione dei protozoi sanguicoli e particolarmente delle Leishmanie », relatore da destinarsi.

Le sedute si terranno nel grande Anfiteatro dell'Istituto Pasteur. Le compagnie ferroviarie francesi hanno accordato un ribasso del 50 % sulle tariffe di viaggio, a favore degli aderenti. I biglietti dovranno essere richiesti al segretario generale della Società, Dr. Deschiens, presso l'Istituto Pasteur (rue Dutot 25, Paris XVe), non oltre il 15 gennaio.

12° Convegno tedesco sulle malattie della digestione e del ricambio.

La « Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten » indice un convegno a Berlino dal 25 al 27 settembre

La Società è presieduta dal prof. H. Strauss; segretario generale ne è il prof. R. von den Velden. Sede: Bamberger Str. 49, Berlin W 30.

Associaziazione della Stampa Medica Belga.

Ha tenuto l'assemblea generale statutaria il 18 dicembre, nei locali della « Fondation Universitaire » di Bruxelles. Alla presidenza per il 1933 è stato eletto il prof. Schockaert; segretario generale è stato nominato il dott. Beckers.

L'Associazione ha deplorato le contrazioni improvvise e ingiustificate nei canoni pubblicitari, da parte di alcune ditte farmaceutiche, ciò che crea disagio grave nei periodici di medicina; ha deliberato di affidare all'Ufficio di presidenza lo studio delle misure da adottare a tale riguardo.

Scambio di borse di studio con governi stranieri.

Il Ministero dell'Educazione Nazionale ha concluso accordi con i governi Cecoslovacco, Polacco ed Ungherese per lo scambio di borse di studio da conferirsi a studiosi italiani ed a studiosi appartenenti a dette Nazioni, i quali intendano compiere studi di perfezionamento nella lingua, nella letteratura e nella storia delle relative Nazioni, oppure in altre discipline, rispettivamente presso Università e Istituti superiori del Regno.

Corsi internazionali di perfezionamento.

Avranno luogo a Berlino i seguenti corsi, sotto gli auspicî della Facoltà medica, della Lega dei docenti per corsi di vacanze e della Casa « Imperatrice Federico »: medicina interna (dal 27 febbraio al 4 marzo, onorario M. 50); ematologia (6-11 marzo, M. 50); metodi attuali di diagnostica e terapia, per i pratici (10-16 marzo, M. 50); dermosifilologia (20 marzo-1° aprile, M. 100); radiologia (2-9 aprile, M. 80); chirurgia (24-29 aprile, M. 80). Inoltre si tengono numerosi corsi nei vari campi della medicina, con esperimenti pratici. Per l'autunno sono in preparazione corsi di endocrinologia e malattie

della vecchiaia; chirurgia del torace; tumori maligni con riguardo alla diagnosi precoce; narcosi e anestesia; pediatria; oculistica; eredologia e medicina costituzionale; ortopedia, ecc. Per informazioni rivolgersi al: Dozentenvereinigung für Aerztliche Fortbildung, Robert Koch-Platz 7, Berlin NW 7.

Un corso di perfezionamento sulle malattie del cuore e dei polmoni avrà luogo presso la Facoltà medica di Vienna dal 13 al 26 febbraio; tassa scellini 50. Sono anche in preparazione corsi internazionali di oto-rino-laringologia (3-15 aprile), sui problemi medici d'attualità con speciale riguardo alla terapia (25 settembre-6 ottobre), sulla terapia moderna (27 nov.-8 dicembre). Hanno luogo, inoltre, vari corsi in numerosi rami della medicina. Chiedere programma e informazioni al segretario, dott. A. Kronfeld, Porzellangasse 22, Vien IX.

Esito di un concorso per due pubblicazioni d'igiene.

La Commissione giudicatrice del concorso per due pubblicazioni d'igiene, bandito dall'Istituto Nazionale Assicurazioni, costituita dai proff. Marchiafava presidente, Baglioni, De Blasi, Ilvento e dal capo del Servizio sanitario dell'Istituto, ha completato l'esame dei lavori presentati, in numero di 69. Ne ha stimati degni di considerazione 13; peraltro ha ritenuto che nessuno corrisponda perfettamente alle condizioni del concorso e perciò ha proposto di invitare gli autori di queste 13 memorie (designate mediante motti) a voler partecipare ad un concorso di secondo grado, e la Direzione generale dell'Istituto ha aderito; la scadenza è fissata pel 31 marzo 1933-XI. Chiedere informazioni alla Direzione stessa.

Per il nuovo Ospedale di Taranto.

Il Consiglio di amministrazione dell'Ospedale Civile di Taranto ha approvato all'unanimità il progetto definitivo, presentato dall'ing. Marcovigi. Il nuovo ospedale sarà capace di 305 letti di cui 45 pel personale di cura, di assistenza e di servizio. La spesa complessiva è preventivata in lire 9.218.200. L'appalto e l'inizio dei lavori avranno luogo dopo la definitiva approvazione della Giunta Provinciale Amministrativa.

Consultori di profilassi ed igiene mentale a Trento.

L'Amministrazione provinciale di Trento ha preso l'iniziativa per l'istituzione, nei centri di Trento, Rovereto e Pergine, di Ambulatori per consultazioni ed assistenza gratuita a malati affetti da iniziali disturbi nervosi e mentali o che siano stati dimessi dall'Ospedale psichiatrico.

Sanatori in Francia.

Il sanatorio di Mardor è stato ufficialmente inaugurato dal ministro della sanità pubblica Justin Godart e dal presidente della Croce Rossa Francese marchese de Lillers. Il castello di Mardor venne donato nel 1919, dalla contessa di Béhaque, alla Società di Soccorso ai Feriti militari, la quale vi organizzò un sanatorio per 80 tubercolotici; poi esso è stato affidato alla Croce Rossa, che ha provveduto ad ingrandirlo ed a modernizzarlo; esso ora contiene 190 posti, ripartiti in camere di 6 e 8 letti, con servizi modernissimi, tra cui il riscaldamento elettrico e le cucine elettriche; ne fa parte un teatro capace di 500 posti. Il sanatorio è riservato agli uomini. Vi si provvede anche alle cure di lavoro.

Il sanatorio della Membulle, presso Tours, è stato inaugurato dal dott. Léon, direttore al Ministero della sanità pubblica. Esso è stato eretto dalla « Union d'hygiène sociale et de préservation antituberculose » con fondi ricavati dalla vendita di francobolli antitubercolari, onde il nome di « sanatorium du Timbre »; è destinato agli adolescenti fra 13 e 18 anni ed è capace di 50 posti; vi è annesso un parco immenso, di 50 ettari.

Il sanatorio di Magnanville è stato inaugurato dal ministro Godart. È stato eretto dall'Associazione Léopold-Bellau ed è capace di 300 malati; è riservato al sesso femminile.

Elargizioni e legati.

Il dott. William Lambert Richardson, morto a Boston, ha lasciato 100.000 dollari (pari a circa 2 milioni di lire it.) all'Università Harvard, stabilendo che gl'introiti siano assegnati al professore di ostetricia, a titolo di compenso personale; ha anche lasciato 40.000 dollari per una borsa di perfezionamento in medicina, 50.000 alla Scuola per i ciechi, 10.000 alla Scuola per bambini storpi, 25.000 alla Casa degli Incurabili; ha destinato i libri di medicina alla Società Medica e gli altri suoi libri alla biblioteca dell'Università, sempre di Boston. Egli era stato decano della Facoltà medica dal 1893 al 1907.

Assistenza sanitaria scolastica a Napoli.

Nell'ottobre scorso si è iniziato, in dieci scuole della città di Napoli, a cura dell'O. N. B., il servizio di assistenza sanitaria scolastica.

Ad ogni circolo di 2000 bambini circa, è stato assegnato un ufficiale medico inquadrato nei reparti dell'Opera Balilla, il quale ha provveduto alla visita medica generale di tutti gli scolari a lui affidati, indipendentemente dalla loro condizione economica familiare.

I bambini sono stati divisi in due gruppi:

al gruppo *a*) appartengono i bambini di famiglia agiata;

al gruppo *b*) sono stati assegnati i bimbi iscritti nell'elenco dei poveri del Comune di Napoli, e tutti quelli notoriamente appartenenti a famiglie che versano in precarie condizioni economiche.

Il gruppo *b*) è stato suddiviso in due sezioni: 1) bambini sani; 2) bambini bisognevoli di cura individuale medica.

Per tutti i bambini, indistintamente, è stata apprestata la cartella sanitaria. Attualmente i bambini sotto il controllo sanitario dell'Opera sono 15.000. Di questi oltre 4.000 sono assistiti individualmente e ad essi vengono distribuiti gratuitamente i medicinali, comprese le specialità.

Gli scolari riconosciuti bisognosi di cure speciali sono inviati al centro ortogenetico, che provvede, a mezzo dei suoi ambulatori, agli accertamenti diagnostici ed alla cura occorrente.

La giornata dell'infermiera nel Brasile.

In omaggio alla memoria dell'eroina brasiliana Anna Nery, è stato designato il 20 maggio, ricorrenza della sua morte, quale « giornata dell'infermiera » nel Brasile.

Nella stessa data la Croce Rossa Brasiliana assegnerà la medaglia « Anna Nery » alla migliore allieva della Scuola delle infermiere.

Il prof. F. Bocchetti negli Stati Uniti d'America.

Invitato dalla « National Tuberculosis Association » degli S. U. d'A., il prof. Bocchetti, segretario generale della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi, si è recato a New York per tenere una conferenza sull'organizzazione antitubercolare italiana, nella sede dell'Associazione. Egli ha fatto anche una conferenza al « Bellevue Hospital » sui metodi curativi della tubercolosi usati in Italia, ed una commemorazione di Forlanini al « Columbus Hospital »: a questa commemorazione parteciparono, con brevi discorsi, i proff. Miller, Lambert, Baimbridge, Carillos ed altri; venne costituito un Comitato per le onoranze al Forlanini. Il Bocchetti ha preso in esame l'organizzazione della cartella tecnico-radiologica. Inoltre ha visitato il nuovo ufficio di propaganda igienico-sociale dello Stato di New York ed ha assistito all'inaugurazione della grande campagna del francobollo natalizio. Ha tenuto un discorso alla « Loyal Legion » su « Mussolini e la nuova Italia ».

Si è recato anche a Filadelfia, Washington, Cumberland. Ha fatto ritorno negli scorsi giorni in Italia.

Consiglio della Federazione del Commercio dei prodotti medicinali.

Presso la Confederazione Nazionale Fascista del Commercio si è riunito il Consiglio Direttivo della Federazione Nazionale Fascista del Commercio all'ingrosso dei prodotti chimico-farmaceutici e specialità medicinali. Il Consiglio ha discusso circa la posizione della categoria di fronte alla applicazione della legge sulle farmacie; sulle conseguenze della revisione e registrazione delle specialità medicinali; circa i prezzi da segnarsi sui listini di vendita e per quanto riguarda la disciplina degli acquisti e delle vendite; ed infine, in merito alla tassa scambio, il Consiglio ha confermata la propria opinione favorevole all'adozione del sistema di pagamento « una tantum ».

Scarsa possibilità d'impiego per i medici stranieri nell'Irak.

L'Agenzia « Le Colonie » informa che le possibilità d'impiego di medici stranieri nel regno dell'Irak (o della Mesopotamia) non sono favorevoli. Con legge di alcuni anni or sono venne loro vietato di stabilirsi nelle città maggiori: Bagdad, Mossul, el-Basrah; si è fatta qualche rara eccezione per alcuni specialisti, sovratutto oftalmologi. Non è vietato di impiegarsi in ospedali o nel servizio quarantenario, ma attualmente mancano posti liberi. Perciò i medici stranieri hanno la sola possibilità di stabilirsi nei piccoli centri, come es-Suleimanyyah, en-Nasiriyyah, Irbid, Kerluk, Hillah.

Le domande al riguardo vanno redatte in inglese (poichè il Regno è sotto il controllo britannico) e inviate al direttore dell'Ufficio di Sanità dell'Irak, Dr. Dâwud Gialabî, Bagdad, Irak.

Medico esercente sotto uno pseudonimo.

Il dott. Harry Olivenbaum esercitava la medicina a Dunkerque sotto lo pseudonimo di Ollin, (che eliminava l'ortografia tedesca e il nome composto).

Su denunzia del Sindacato medico, il Tribunale lo aveva condannato a 200 franchi di ammenda e 1 franco di danni-interessi. La Corte d'Appello di Douai, cui egli è ricorso, ha ridotto l'ammenda a 100 franchi e mantenuto i danni-interessi.

È questa la seconda volta in cui la giustizia francese applica l'art. 9 della legge 1892, che vieta l'esercizio della professione medica sotto uno pseudonimo.

Lesioni colpose da applicazioni terapeutiche.

La Corte Suprema della Carolina settentrionale ha emesso il giudizio definitivo in un processo intentato contro il direttore di un ospedale (dott. Miller, direttore del « Marion General Hospital ») e contro la di lui moglie, sovrintendente delle infermiere, per gravi scottature prodotte, a causa di applicazioni termoelettriche, sulle gambe e sul corpo di una paziente colpita da eclampsia puerperale. La Corte, capovolgendo il giudizio di prima istanza, ha assolto i due accusati, perchè alle applicazioni assisteva il medico privato della parte lesa, il quale ebbe a sorvegliare le operazioni; contro di lui non era stata estesa la denunzia.

Per un intervento di chirurgia estetica.

La prima camera del Tribunale civile di Bordeaux ha giudicato una causa intentata dalla signora Saint-Léger, di Parigi, contro il chirurgo dott. Coiquaud, il quale nel 1924 ebbe a praticare su di lei un intervento per ridurre il volume del seno. Secondo l'accusa, l'operazione venne eseguita in condizioni deplorevoli, dando prova di assoluta inesperienza, ed avrebbe lasciato una cicatrice deformante. La perizia ha accertato che la cicatrice era inevitabile; d'altra parte, il fatto che poco dopo l'operazione il Coiquaud conseguì la docenza, dimostra come egli fosse già trenato nel campo chirurgico.

Pertanto il Tribunale lo ha assolto ed ha condannato l'operata alle spese nonchè ai danni e interessi.

Frodi mediante medicinali.

Un farmacista di Genova, dott. Osvaldo Schizzi, con negozio in via Milano, direttore e proprietario della farmacia « Uso Cooperativo », era riuscito, d'accordo con un infermiere, Sante Tarasconi, a procurarsi numerose ricette rilasciate da due medici a beneficio di poveri, conniventi, senza distribuire per altro le relative medicine. I due medici hanno dichiarato di essere stati tratti in inganno dal Tarasconi; vennero però ritenuti colpevoli di leggerezza e di poca diligenza nel disimpegno del loro compito e uno di essi è stato immediatamente sospeso. L'Amministrazione comunale ha denunziato il farmacista per truffa e l'infermiere per correità.

Conferenze sul ciarlatanismo medico a Berlino.

La Facoltà Medica di Berlino ha organizzato un ciclo di conferenze sul ciarlatanismo in medicina; sono stati trattati i seguenti temi: « Il ciarlatanismo in rapporto alla medicina scientifica durante i secoli passati »; « Gli attuali ciarlatani della medicina in Germania »; « Metodi diagnostici degli empirici »; « Misure legali e amministrative per combattere il ciarlatanismo ». Contemporaneamente si è aperta, nell'Istituto di Storia della Medicina e delle Scienze naturali, una mostra sul ciarlatanismo medico.

Epidemia influenzale.

Un'epidemia d'influenza ha colpito tutta l'Inghilterra, sopratutto la provincia di Porthsmouth. I servizi postali sono rimasti disorganizzati durante le feste.

Anche gli Stati Uniti soffrono di un'epidemia diffusa largamente.

Il 27 novembre u. s. una malattia implacabile ha tolto alla colonia italiana in Buenos Aires e alla famiglia medica un giovane e valentissimo cultore di scienze biologiche: il prof. GIULIO CESARE ROVIDA. Valoroso ufficiale dei granatieri in guerra, gravemente ferito sul Cengio e quindi portatore di una lesione permanente dell'apparato respiratorio, forse non estranea al determinismo del male che doveva vincerlo, il Rovida fu patologo e batteriologo valente e appassionato. Come direttore della Sezione biologica dell'Istituto Biologico Argentino, di cui è anima come è noto, un illustre italiano, il prof. Dessy, rappresentava degnamente la scienza italiana.

Il Rovida aveva fatto la sua preparazione a Firenze, allievo interno, assistente e poi aiuto del sen. Lustig, guadagnandosi la stima e l'amicizia di tutti, come studioso e come uomo. Oltre alla Patologia sperimentale in genere e alla Batteriologia, di cui da anni era docente, aveva dato anche una attività preziosa e non di rado veramente creatrice alla fisiopatologia dei gas da combattimento nel centro fondato per i relativi studi presso l'Istituto di Patologia generale. Il Suo Maestro, accingendosi a stabilire e condurre questa organizzazione, lo aveva scelto fin da principio come principale collaboratore, conoscendo bene in Lui la preparazione biologica, la competenza di sperimentatore, l'ingegnosità tecnica e le particolari doti morali indispensabili per lavori così nuovi, pericolosi, in ogni senso delicati.

Da qualche anno prodigava la Sua attività in quell'importante centro di cultura italiana come ricercatore e come redattore capo della « Revista di Endocrinología, Inmunología y Quimioterapía ».

Alla Sua desolata famiglia, ai colleghi ed amici, sia di conforto il pensiero che la sorte ha riservato ai Suoi ultimi anni di vita l'alta soddisfazione di rappresentare nel modo più degno la Scienza e il valore italiano nell'America latina.

M. LUSENA.

Si è spenta a Bruxelles la dott.a MARIE DERSCHEID-DELCOURT, che aveva acquistato molta notorietà nel campo dell'ortopedia; ha compiuto numerosi studi originali, tra cui notevoli quelli sul radio curvo, sul piede valgo paralitico, sulle deformità congenite della clavicola, sulle costole sopranumerarie, sulla rotazione interna nel trattamento della lussazione congenita dell'anca, sulle fratture del gomito, su alcune deviazioni ossee, sul morbo di Pott, sul metodo di Albee, sul gigantismo congenito ecc. Spirito aperto ed eclettico, di vitalità esuberante, si era affermata anche in altri campi: nella musica, nella pittura e sovratutto nell'archeologia, in cui era divenuta maestra: durante un soggiorno tra le rovine di Cartagine aveva compiuto studi molto interessanti sulla medicina e sull'epigrafia medica tra i fenici. Era stata fatta cavaliere dell'Ordine Leopoldo.

Lascia, sovratutto, il ricordo di donna benefica, la cui infinita bontà si rifletteva su tutti coloro che l'avvicinavano.

Apparteneva ad una famiglia di medici: tali il marito prof. Alfred Delcourt, il fratello dott. Derscheid e il nipote prof. Delcourt-Bernard, tutti molto dolorosamente colpiti dalla fine improvvisa.

A. POZZI.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Zeit. f Tubk., ag. — PAGEL. La tub. ematogena. BADER. La bacilluria tub.

Wiener Klin. Woch., 5 ag. — KERL. Affezioni articolari nelle mal. veneree. — POPOW. Isterismo e schizofrenia.

Clin. e Ig Infant., lug. — DESTEFANIS. Otite acuta media purul. nell'infanzia. — MENSI. Rachitismo renale.

Pediatria, 1 ag. — LAURINSICH. La terapia delle neurosi. — BRUNI. Linfoadenosi aleucemiche.

Semana med., 14 lug. —COURTIS e GAVIOLI Alterazioni oculari in gravidanza.

British Med. Journ., 6 ag. — MC NEIL. La bronchiectasia nei bambini.

Klin. Wochens., 6 ag. — BERBLINGER. Ipofisi e ghiandole germinative.

Deut. med. Wochens., 5 ag. — SCHLICPHAKE. Onde corte. — RAUSCH. La diatermia pancreatica nei diabetici.

Med. Klinik, 5 ag. — WIEBELS e LAUBER. Respirazione artif. ed attività cardiaca.

Paris Méd., 6 ag. — Numero monografico di psichiatria.

Journ. Méd. Franç., lug. — Numero monografico sull'ipoglicemia.

Presse Méd., 3 ag. — DANIELOPOLU. Il ganglio stellato come sede dell'accesso anginoso.

Id., 6 ag. — MASSIO FOURNIER. Tachicardia paros. di origine anafilattica.

Haematologica, vol. XIII, n. 4. — GEDDA e ANGELERI. Eziopatogenesi delle leucemie.

Lancet, 6 ag. — VIOLET. La diatermia nella costipazione.

Rev. de Méd., lug. — MOURIQUAUD e SAVOYE. La polm. infantile silenziosa.

Presse Méd., 10 ag. — LANDAU e KAMINER. Le iniezioni endovenose di alcool nelle affez. polm. purulente.

Wiener Klin. Wochens., 12 ag. — GLASERMAN. Cause della differenza di pressione fra estremità sup. ed inf.

Morgagni, 7 ag. — SCARPA. — Fisio-reflesso-terapia della tub.

Id., 14 ag. — CARBOGNAU. L'ipercolesterinemia come causa di aborto.

Rif. Med., 6 ag. — SPEZIALEP Cromodiagnostica gastrica col rosso neutro. — ASCOLI e LUCACER. Pneumot. controlaterale primario.

Journ. Méd. Paris, 11 ag. — ROCDEKU. Il lavoro degli infermi.

Presse Méd., 13 ag. — ROUX, MARTIN e SOULOUNOFF. Iniezioni endovenose di glucosio nei brightici ipertesi. — REMLINGER. Incidenti paralitici del trattamento antirabico.

Paris Méd., 13 ag. — TAMALET. Puntura sottooccipitale nelle meningiti cerebro-spin.

Journ. Méd. Bordeaux, 10 ag. — REYNER. L'ultra-virus tub. in patologia umana.

Med. Welt., 13 ag. — KÖRÖSI. Diagnosi delle mal. cerebrali in base al reperto otologico.

Med. Klinik, 12 ag. — NONNENBRUCH e GOTSCH Terapia digitalica per via rettale. — FREHSE. L'orchite come complicazione dell'influenza.

Münch. Med. Wochens., 12 ag. — HOCHREIN. Significato clinico dei rumori cardiaci nell'ipertensione.

Am. Journ. Med. Scienc., ag. — HOSKINS e SLEEPER. Endocrinoterapia delle psicosi. — PELOUZE. Importanza medica della prostatite infettiva.

Amer. Med., lug. — SMITH. Significato del dolore al retto ed all'ano.
Arch. Pat. e Clin. Med., ag. — CERNIGLIA. Collasso massiccio acuto del polm. — GERLI. Glicoregolazione. — LOSIO. Ptosi gastrica.
Rev. Franç. Gyn. Obst., giu. — Numero sulle infezioni colibacillari nella donna.
Klin. Wochens., 13 ag. — NORDMANN e MÜLLER. Centro regolatore della press. nel mid. allung. — DONATH. Prova al galattosio nell'anemia perniciosa.
Medicina (Madrid), ag. — LUNA GAÑAN. Piretoterapia nella corea. — GUTIERREZ ARESA. Periviscceriti digestive.
Giorn. Med. Alto Adige, lug. — AGOSTINI. Azione ipoglicemizzante della dieta epatica.
Pathologica, 15 ag. — RAMON. Basi sperimentali dell'immunità antidift.
Rev. Franç. Gyn. Obst., lug. — REEB e METZGER. Crisi convulsive di origine meningea o cerebrale, simulanti l'eclampsia.
Presse Md., 17 ag. — VAN CAULAERT ed altri. I vomiti nella nefriti.
Bull. Méd., 20 ag. — BIZARD e MAIRLES. Trattam. delle uretriti con la dilatazione gazosa.
Paris Méd., 20 ag. — MANDRU. Teorie della secrez. renale.
Med. Klinik, 19 ag. — SCHLEISSNER. Vaccinaz. intracutanea. — HIRSCHFELD. Leucemia cronica senza splenomeglia nè ingorghi ghiandolari.
Wiener Klin. Wochens., 19 ag. — HOGLER. Radiumterapia delle mal. interne.
Münch. Med. Wochens., 19 ag. — HAYMANN. Jodoterapia del raffreddore.
Zblatt. f. Inn. Med., 20 ag. — FENDEL. Fattori costituzionali nell'ulcera peptica.
Id., 27 ag. — LOOS. Il problema della paradentosi.
Klin. Wochens., 27 ag. — HOCH e BAURMANN. Eziologia unitaria delle encefaliti. — SINGER. Achilia ed anemia.
Min. Medica, 25 ag. — CROOSETTI. Epatoterap. parenterale nell'anemia perniciosa.
Wiener Klin. Wochs., 26 ag. — SINGER. La terapia con uova nell'anemia pern.
Presse Méd., 24 ag. — DELORE. Benignità relativa della localizzazione apicale della tub. polm.
Le Scalpel, 20 ag. — VAN ERPS. Trattamento del dolore con la miscela Sicard per via endorachidea.
Morgagni, 31 ag. — AIEVOLI. Prevenzione delle aderenze peritoneali.
Lancet, 20 ag. — NOEL ed altri. Trattamento della demenza paralitica con la malaria e lo zolfo.
British Med. Journ., 20 ag. — HAAS. Malattia celiaca; trattam. specifico. — TOWEY ed altri. Asma bronch. grave da spore di un fungo.
Med. Welt, 27 ag. — STEPPUHN. Estrazione di ormoni dai vegetali. — KOHN. Dolori toracici dei montanari.
Deut. Med. Wochens., 26 ag. — GORDONOFF. Trattam. della bronchite con l'etere.
Med. Klinik, 26 ag. — SCHMID. Reinfusione sanguigna.
Journ. Am. Med. Ass., 13 ag. — FRIEDENWALD e MORRISON. Rapporti fra malattie cardiache e renali.
Bull. Méd., 27 ag. — Num. sulla patologia coloniale.
Paris Méd., 27 ag. — SALOMON. Trattam. dietetico della litiasi biliare.
Journ. Méd. Lyon, 20 ag. — Num. sulle mal. dell'app. digerente
Rif. Med., 13 ag. — D. GIORDANO. Strumite. — G. PELLEGRINI. Sindrome di agranulocitosi in epatite. — 29 ag. L. GIUFFRÈ. Genesi dell'ipertermia nella malaria.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XL Roma, 16 Gennaio 1933 - XI Num. 3

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

POLICLINICO UMBERTO I - II PAD. CHIRURGICO
Primario: Prof. O. MARGARUCCI.

Idropneumatosi cistica postoperatoria consecutiva a riduzione senza drenaggio delle cisti da echinococco del fegato.

Dott. FRANCO STIPA, assistente negli Ospedali.

Scopo di questa nota è di mettere in evidenza alcune circostanze o postumi talora spiacevoli verificantisi in seguito al trattamento delle cisti da echinococco del fegato col metodo della riduzione senza drenaggio.

L'idea e l'attuazione della sutura senza drenaggio del pericistio, previa asportazione del liquido cistico e di tutte le vescicole, spetta a Thornton (1883); in seguito la tecnica fu ripetuta da Konig (1889), Llobet (1890). Billroth nello stesso anno fece seguire alla asportazione delle vescicole, la sterilizzazione del cavo con 30-50 cc.^{3} di glicerina jodoformica; Bobrow adoperò una soluzione fisiologica di cloruro di sodio, Devé una soluzione di formolo all'1 %.

Una modificazione nell'impiego del liquido parassiticida ha introdotto Margarucci usando alcool jodato all'1 ‰.

Varsi ha proposto la fissazione della sacca alle pareti addominali per condurre l'incisione del pericistio a contatto con la incisione parietale, perchè ogni essudato che si formi secondariamente nelle cavità della cisti, sia facilmente estratto con la semplice puntura.

I vantaggi della soppressione del drenaggio dopo la rimozione del parassita, in confronto col metodo inteso a drenare il cavo pericistico, non hanno bisogno di grandi parole di illustrazione. La guarigione che si ottiene in pochi giorni anzichè in alcuni mesi, la soppressione di centinaia di medicature moleste

FIG. 3.

FIG. 3.

FIG. 4.

FIG. 4.

FIG. 4. — Rimpicciolimento della raccolta idroaerea (lo stesso caso della fig. 3). Dopo 15 giorni.

agli infermi, costituiscono di per sè una potente ragione di superiorità. Ma oltre a ciò tale metodo rappresenta una vera risorsa per le cisti che giacciono approfondite nel parenchima e che non si lasciano facilmente attrarre ai margini della incisione di accesso per essere marsupializzate. Nel caso poi di cisti multiple, il metodo rappresenta la misura terapeutica ideale, permettendo sovente il trattamento simultaneo delle varie localizzazioni; e tutto questo spesso attraverso una unica via di accesso, ciò che non sarebbe per lo più possibile adottando il metodo della marsupializzazione. Per quanto riguarda le indicazioni, può in linea generale affermarsi che il metodo è applicabile a tutti i casi di cisti non complicate. Le cisti suppurate non possono in alcun modo beneficiare di questo trattamento. Sono inoltre escluse quelle cisti nelle quali il cavo in cui è ricettato il parassita mostri lo sbocco di canalini biliari, cosicchè una volta tolto il parassita e cessata la pressione da esso esercitata sulle pareti, il cavo stesso verrebbe ad essere invaso dalla bile.

In alcuni casi eccezionali, un'evenienza che può indurre alla rinuncia del metodo è l'emorragia persistente, anche se moderata, e che non possa essere completamente arrestata se non col tamponamento.

Negli spazi vuoti intraepatici che residuano in seguito alla rimozione della cisti e sutura del pericistio, rimane sempre imprigionata un po' di aria atmosferica; e in seguito a rapida trasudazione sierosa dalle pareti del cavo, e lieve versamento ematico, si formano delle raccolte in parte liquide e in parte gassose. A questa complicanza il Devé ha proposto la denominazione di idropneumatosi cistica postoperatoria.

Ma oltre che liquido trasudato, nello spazio lasciato vuoto dalla cisti può raccogliersi bile in quantità più o meno notevole.

Tutto il contenuto può a sua volta andare incontro a suppurazione; e nelle forme di natura settica di maggior rilievo, liquido e gas sono dovuti alla azione di germi anaerobi.

La diversità del quadro anatomo-patologico di queste raccolte liquido-gassose influisce decisamente sul decorso post-operatorio; e alla rapida guarigione delle raccolte idro-aeree semplici, sono da opporre i casi complicati da versamenti cospicui di bile o da suppurazione, nei quali si è costretti a riaprire la sutura cutanea e quella del pericistio.

Abbiamo creduto non inutile, studiare il decorso clinico post-operatorio in alcuni malati operati nel II Padiglione, tenendo conto della quantità e della qualità del contenuto delle raccolte idro-pneumatiche.

Di validissimo aiuto è stata la radiologia, che ha mostrato nel modo più evidente la evoluzione anatomica di queste raccolte.

Con radiogrammi eseguiti settimana per settimana, abbiamo osservato una loro progressiva diminuzione di ampiezza, fino a che al termine di un mese, un mese e mezzo circa, aria e liquido si sono completamente riassorbiti.

In una paziente portatrice di due cisti, al momento del secondo intervento, a un mese di distanza dal primo, non si è percepito alcun indizio della cisti antecedentemente trattata.

Interessante un radiogramma che riproduciamo, praticato a un paziente il quale nove anni fa aveva subito la asportazione di una cisti da echinococco del fegato col metodo della riduzione senza drenaggio. Al posto già occupato dalla cisti, si vede una zona fortemente opaca, a margini policiclici, grande come la moneta di un soldo, rappresentata evidentemente da tessuto di cicatrice impregnato di sali di calcio.

Al criterio clinico spetta il riconoscimento delle complicazioni: le raccolte di natura infettiva si debbono sospettare quando la febbre non cade dopo 5 o 6 giorni dall'intervento, assume anzi un carattere intermittente, e compare notevole dolore locale. Aiuta per la diagnosi la leucocitosi.

Molto giova in questi casi aver condotto l'atto operativo con la modificazione di Varsi (fissazione della sacca alle pareti addominali per condurre l'incisione del pericistio a contatto con l'incisione parietale). Se, tentata l'aspirazione del liquido e sostituzione di esso con alcool iodato i fenomeni settici non scompaiono, facile e relativamente innocua è la riapertura del pericistio.

Esponiamo ora succintamente i dati relativi ai malati seguiti (1).

CASO I. — P. C., di anni 23: da sette anni avverte disturbi epigastrici consistenti in senso di peso e modici dolori senza alcun rapporto con i pasti. Da sei mesi si sono aggiunti dolori all'ipocondrio destro, che sei giorni fa assunsero il tipo di colica. La paziente riferisce che il dolore durò tre giorni e si accompagnò a irradiazioni alla spalla destra; non ebbe vomito nè ittero.

E. O. Parete addominale un po' più prominente all'ipocondrio destro. Qui si palpa una tumefazione largamente rotondeggiante, come una testa di feto a termine, superficie liscia, limiti indi-

(1) I malati furono operati dal prof. Margarucci, alla cui cortesia debbo la pubblicazione del presente lavoro.

Fig. 5.

Fig. 5.

Fig. 5. — L'impicciolimento della raccolta (lo stesso caso della fig. 1). Dopo 20 giorni.

Fig. 6.

Fig. 6.

Fig. 6. — Rimpicciolimento della raccolta (lo stesso caso della fig. 2). Dopo 15 giorni.

stinti, indolente; la consistenza sembra essere dura elastica, la tumefazione si sposta un po' dall'alto in basso coi movimenti del respiro. La cute che la ricopre è normale.

Reazione di Weimberg-Ghedini negativa. Intradermo-reazione negativa. Eosinofili 2 %.

Atto operativo. — Alla laparotomia infrarettale destra si giudica che la parte più facilmente accessibile della grande cisti sia il tratto che si trova al livello della 11ª costa destra. Asportazione della 11ª costola in tutta la sua lunghezza. Incisione della pleura parietale e sutura dei bordi di questa alla pleura diaframmatica. Incisione del diaframma. Aspirazione parziale del liquido cistico e immissione di alcool iodato all'1 per mille. Apertura della cisti, prosciugamento, iodizzazione, prosciugamento. Sutura della incisione del pericistio, sutura dei margini della incisione diaframmatica, delle parti molli intercostali, sutura cutanea.

Il liquido estratto è limpido. Il quantitativo è di litri 2,300.

Decorso post-operatorio: temperatura a 38° circa i primi due giorni; sopra i 38° e non mai sopra i 39° fino al 13° giorno; dal 13° in poi le temperature non raggiungono più che un massimo di 37°,5.

Si rileva fin dal primo giorno la presenza di uno pneumotorace, e verso il 4° giorno la presenza di una modica raccolta pleurica a destra. L'esame radioscopico eseguito in quinta giornata dall'atto operativo conferma questi dati, e mostra sotto il diaframma una raccolta liquida livellata (idroaerea). Un radiogramma eseguito nella 11ª giornata mostra la quasi scomparsa del liquido pleurico e invariata la raccolta sottodiaframmatica.

In 18ª giornata, a temperatura scomparsa, la paziente si alza. In 19ª giornata un nuovo radiogramma dimostra totale scomparsa del versamento pleurico e la persistenza di liquido intracistico, sebbene in minore quantità. Esce in 43ª giornata in ottime condizioni.

Un radiogramma eseguito dopo 3 mesi dall'atto operativo dimostra totale scomparsa della raccolta idroaerea.

CASO II. — P. P., di a. 44. Sei mesi fa cominciò ad avvertire modica dolenzia allo ipocondrio destro, e dispnea nel fare le scale. La dolenzia si è in queste ultime settimane accentuata e per questo disturbo si fa ricoverare. Mai ittero: alvo regolare, diuresi normale.

E. O. All'esame della regione epatica: il margine inferiore del fegato raggiunge l'ombelicale trasversa. Il grosso lobo destro contiene nella sua porzione costale una zona di consistenza molla elastica, fluttuante.

Reazione di Weimberg-Ghedini + + +. Intradermo-reazione + + +.

Operazione: Laparatomia laterale destra pararettale. Reperto: si trova la grande cisti come si era sopposto nel centro del lobo destro.

Una seconda cisti si palpa nella sommità dello stesso lobo. Vuotamento a mezzo di 3/4. Iniezione col medesimo nel cavo di 30-50 cmc. di alcool iodato all'1 per mille. Incisione del pericistio, prosciugamento accurato del cavo, detersione della parete con pezze bagnate in soluzioni alcoliche di iodio. Si vede in alto il pericistio della cisti superiore. Sutura dei margini dell'incisione del pericistico continuo. Sutura dell'incisione laparatomica.

Decorso post-operatorio: Temperatura lievemente febbrile con un massimo di 37°,3 fino al quinto giorno, dal quinto giorno al decimo la temperatura raggiunge i 38-38,5 per poi discendere, con lisi alla norma in 20ª giornata.

L'esame radiografico praticato in una giornata dimostra la presenza di una raccolta idroaerea nel posto già occupato dalla cisti. In 28ª giornata un altro ragiogramma dimpstra già la scomparsa della raccolta.

A distanza di un mese dal primo atto operativo, si procede alla 2ª operazione per via toracica.

Resezione della 10ª costa tra ascellare media e emiclaveare.

Scollamento del polmone con tutto il suo rivestimento pleurico parietale dal diaframma per una larghezza di mano sollevandolo in alto. Incisione del diaframma. Estrazione con trequarti della massima parte del liquido. Apertura della cisti, iodizzazione, estrazione di una cisti madre e di due piccole cisti figlie. Nuova iodizzazione. Sutura continua del pericistio, sutura del diaframma, dei tessuti parietali e della cute.

Della cisti precedentemente operata non si è percepito alcun indizio.

Decorso post-operatorio: Temperatura a tipo continuo remittente fino dai primi giorni dell'atto operativo, con un massimo di 38,5 la sera, per sedici giorni. Nel 16° giorno si estraggono 300 cmc. (2) di liquido torbido giallognolo dal cavo; si introducono con la siringa 15 cmc. di alcool iodato all'uno per mille. Il giorno seguente a questo svuotamento la paziente rimane apirettica; in seguito, per 5 giorni ha lievi rialzi termici vespertini; al settimo giorno ricompare la temperatura continua remittente con massimo di 38,5 come nei primi giorni. Si estraggono allora altri 450 cmc. di liquido torbido tinto di bile. Iniezione nel cavo di 30 cmc. di alcool iodato. Scompare per tre giorni la temperatura febbrile, ma in seguito questa riprende il ritmo dei giorni passati; e allora in anestesia locale si incidono lungo la cicatrice le pareti addominali e si raggiunge il pericistio la cui incisione dà esito a duetrecento grammi del solito liquido; si applica nel cavo un doppio tubo di gomma a due striscie di garza iodoformica.

Si ha ancora nei giorni seguenti qualche elevazione febbrile, poi la temperatura cade completamente. Il cavo guarisce lentamente.

Una seconda cultura del liquido estratto è rimasta sterile in terreno aero e anaerobiotici. Reazione della bile + + + (3).

CASO III. — A. C., di anni 21. Da due anni ha senso di peso all'epigastrio dopo i pasti. Da qualche settimana si è accorta della presenza di una tumefazione avente sede nella regione epigastrica.

E. O. Nella regione epigastrica, con maggiore estensione verso l'ipocondrio sinistro, tumefazione globosa a limiti indistinti, grande come un arancio, che si sposta dall'alto al basso coi movimenti del respiro. Nella regione del fianco destro altra tumefazione a limiti indistinti di minor volume mobile anch'esso con gli atti del respiro.

(2) Esame del liquido estratto: Globuli bianchi disfatti abbondantissimi; pigmenti biliari +++.

Esame colturale: sia in aero- come in anaerobiosi, nessun sviluppo dei germi.

(3) Le culture furono eseguite nei laboratori centrali del Policlinico.

FIG 7

FIG. 8.

FIGG. 7 e 8. — Scomparsa della raccolta. Gli stessi casi delle figure rispettivamente 3 e 2. Dopo un mese e mezzo.

Reazione di Chedini. Weimberg negativa. Intradermo-reazione negativa.

Operazione. Incisione mediana sopra ombelicale prolungata in alto sino all'appendice ensiforme e in basso al di sotto del''ombelico, in modo da poter trattare le due cisti per quanto lontane tra loro. Una terza cisti si rinviene nella parte più alta del lobo destro che viene deformato a cupola. Le due prime cisti vengono trattate: col vuotamento con tre quarti, incisione, toletta del pericistio, sutura di questo e della incisione laparatomica.

Decorso post-operatorio: febbre a tipo intermittente, con cuspidi a 38 la sera, per sei giorni. Dal settimo giorno in poi la temperatura raggiunge massimi di 39,5. Al decimo giorno, nel togliere i punti fuoriesce una goccia di liquido torbido. Riaperta un po' la ferita, si dà esito a una modica quantità di liquido purulento, costituito microscopicamente da detrito, polinucleati grasso. Esso seminato su terreno di cultura sia aerobici che anaerobici non dà luogo a sviluppo di germi. La temperatura si mantiene elevata fino al 14° giorno e cade per lisi al 17°.

Fatta alzare la paziente in 19ª giornata, ricompare il giorno appresso febbre alta che si prolunga fino alla 24ª giornata.

La paziente lascia l'ospedale dopo 37 giorni dall'atto operatorio in buone condizioni e ritorna due mesi dopo per essere sottoposta al *secondo intervento*.

Resezione della decima costa destra tra la diaframmatica. Incisione del diaframma: vuotamento della maggior parte del liquido cistico e immissione di 40 cmc. di alcool all'1 ‰. Incisione del pericistio, prosciugamento, jodizzazione, estrazione di una cisti madre e di due figlie. Sutura continua del pericistio, sutura del diaframma, dei muscoli costali, e cutanea.

Decorso post-operatorio: dopo una elevazione febbrile durata 4 giorni, la paziente è stata bene e in 16ª giornata ha lasciato il reparto.

Tralasciamo per brevità di descrivere dettagliatamente gli altri 13 casi seguiti, che hanno avuto un decorso quasi simile a quello della cisti che abbiamo or ora descritto.

Riassumendo, i casi osservati sono stati in numero di 16. In 13 casi il contenuto del cavo è stato siero ematico gassoso, che al termine di 3-4 giorni si è stabilizzato per il cessare della trasudazione e che nello spazio di un mese, un mese e mezzo circa, si è riassorbito.

Fatta eccezione di 4 casi, nei quali è avvenuta la suppurazione del sottocutaneo, in 9 malati la temperatura è scomparsa al termine di 5-6 giorni e i pazienti hanno lasciato il reparto in 12-14 giorni, portatori della raccolta idro-aerea rimpiccolita.

In una paziente operata per via traspleurica diaframmatica, si è manifestato un versamento pleurico che l'ha trattenuto in corsia fino al 13° giorno.

FIG. 9.

FIG. 9.

FIG. 9. — Quello che rimane di una ciste operata 9 anni fa. (Calcificazione del tessuto di cicatrice).

In un caso si è verificato la comparsa di un ascesso sulla cicatrice, un mese e mezzo dopo l'uscita. Tolta la parentesi di questa complicazione tardiva, il decorso della malattia non è stato influenzato.

In un caso si è verificata la suppurazione del liquido raccoltosi nel pericistio; si è tentata la aspirazione e sostituzione con alcool jodato; ma non cessando i fenomeni settici si è stati costretti a riaprire.

Buono è stato il decorso ulteriore.

RIASSUNTO.

L'A. ha studiato il decorso post-operatorio di 16 casi di cisti da echinococco del fegato operate col metodo della riduzione senza drenaggio; in tutti i casi ha visto, mediante radiogrammi, formarsi una raccolta livellata idroaerea entro il cavo pericistico residuale (Idropneumatosi cistica post-operatoria del Devé).

Con radiogrammi successivi ha notato il rimpicciolimento progressivo della raccolta, fino alla totale scomparsa.

Fa qualche considerazione su i casi complicati (raccolte di bile, suppurazione).

BIBLIOGRAFIA.

BACCELLI. Riforma Medica, 1887.
TORNTON. Med. Times and Gaz. London, 1883, volume I.
CROCQ. *Traitement des k. h. du foie*, 1893.
PIERRE DELBERT. *Sur un moyen de traitement des k. h. de l'abdomen (capitonage et réduction)*, 1896.
POSADAS ALEX. Annali del circ. medic. argentino, 1895.
MABIT. *Contribution à l'étude des k. h. de l'abdomen*, 1905.
CAUCHOIX. *Traitement chir. actuel des k. h. du foie et de leurs complications.* Thèse de Paris, 1908.
DEVÉ. *Les k. h. du foie.* Paris, vol. 1.
CORNÉ et DEVÉ. Société de Biologie, 6 dicembre 1906, et Société de Chirurgie, 18 dicembre 1906.
DUCROS. *L'ydropneumatose kystique post-operatoire consecutive à la reduction sans drainage des kistes hydatiques du foie.* Thèse de Paris, 1920.
MARGARUCCI. *Il trattamento senza drenaggio delle cisti da echinococco e la sua applicazione alle grandi cisti retroperitoneali.*
EMANUEL LEOPOLD. *Contributioni la studiul tratamentului chirurgical kistului hydatic la fecat.* Tesi di Bucarest, 1926
LLOBET. Annales Sanid. Milit., Buenos Ayres, 1900.
GRIFFI. *Su cento casi di cisti da echinococco.* Policlinico, Sez. Chir., vol. 36, pag. 464.
DEVÉ. *Traitemente chirurgical moderne des kistes hidatiques non compliqués du foie.* Journ. de Chir., mai 1910.
A. MENDIC. Annales cliniques du professeur DELBET, 9114, fasc. III.
PETTA. *Su 170 casi di cisti da echinococco curati negli Ospedali di Roma.* Policl., Sez. Chir., volume XXXVIII.
PUTZU. *L'echinococco in Sardegna.* Arch. It. di Chir., 1925.
HANFIELD, IONES R. M. *Retroperitoneale cyct: their pathologie diagnosis and treatement.* Brit. Journal of Surg., B. U. 12.
CAUCCI. Arch. It. di Chir., 1922.
MASSETTI. Ibid., 1925.
CAVINA. Riforma Med.,1924.
RUSSI. Rassegna It. di cl. e terapia, 1924.
KAREWSKI-BERL. Klin Woch., 1899.
SPIEGERBERG. Arch. f. Gyn., Bd. 1872.
RONA. Deut. Med. Journ., febbr. 1898.
DAMANY. Bull. Soc. Anat., mai 1895.
MADELUNG. *Eine Woche Bauch Ch.* Verlag Schmit & Olbetz, 1924
TAYLOR. Amer. Journ. Obst. Gyn., 1902.
QUENÙ. Revue de Chir., 1910.
LECENE e MONDOR. Journ. de Chir. ,1914.
MORNARD. Thèse de Paris, 1904.
DENIKER. Journ. de Chir., 1923.
HARTMANN-KEPPEL. Ibid., 1924.
KAISER. Berliner Klin. Woch., 1921.
MAKAI. Deutsche Zeitschrift f. Chir., 1922.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Napoli
diretto dal Prof. G. ZAGARI.

Su un caso di acroasfissia

per il dott. GAETANO LISI, assistente.

Abbiamo creduto opportuno fare oggetto di studio un interessante caso di cianosi delle estremità — degente in Clinica — per le numerose possibilità che presentava il problema diagnostico e per gli effetti veramente decisivi, conseguiti con la nostra condotta terapeutica.

Riassumiamo innanzi tutto la storia clinica e il reperto delle indagini di laboratorio.

Anamnesi remota: Elefante L., di anni 65, orologiaio, da Castellammare di Stabia, d'ignoti. Non si conoscono particolari circa i primi anni di vita.

L'infermo non ricorda se contrasse gli esantemi infantili. Nella adolescenza non soffrì di alcuna malattia. Prestò servizio militare in marina; sotto le armi soffrì di congiuntivite purulenta all'occhio sinistro, per cui alcuni anni più tardi fu necessario procedere all'enucleazione del globo oculare. Nega la lue. Sposò a 24 anni una donna apparentemente sana, la quale ebbe due sole gravidanze, tutte e due interrotte da aborto, una al sesto, l'altra al secondo mese. La moglie morì a 68 anni per cardiopatia. L'infermo contrasse dieci anni or sono blenorragia. Nel maggio dello scorso anno (1930) l'infermo ebbe paralisi completa dei muscoli innervati dal facciale destro; gli furono praticate delle cure elettriche senza alcun vantaggio. È sempre stato modico fumatore e bevitore.

Anamnesi prossima. — L'inizio dell'attuale malattia può farsi risalire approssimativamente a circa un anno fa. In tale epoca l'infermo cominciò ad avvertire dispnea da sforzo: egli afferma che non poteva salire le scale o compire un lavoro comunque faticoso senza affannare penosamente.

Presso a poco in quel tempo si ebbe un primo episodio accessionale, essendo comparsa tumefazione e dolore al piede destro, tumefazione e dolore durati una quindicina di giorni e poi scomparsi completamente senza cure. Da quel tempo (poco più di un anno fa) l'infermo presenta nicturia, fenomeno che recentemente si è modificato in questo senso: il nostro paziente di notte perde le urine senza avvedersene (enuresi notturna) e — dice lui — in maggior copia se decombe sul lato sinistro. Infine da un paio di mesi è comparso il disturbo più manifesto e che gli dà le maggiori sofferenze: si tratta di cianosi durevole localizzata all'estremità distale delle dita dei piedi e accompagnata da dolori accessionali, a tipo lancinante, più intensi nelle ore notturne. Per questi dolori l'infermo è ostacolato nel cammino e riesce a procedere solo appoggiando a terra i talloni e avendo cura di tenere sollevate le punte dei piedi.

Esame obiettivo. — Condotta psichica normale, decubito indifferente, colorito piuttosto pallido, costituzione scheletrica regolare. Si osserva notevole asimmetria facciale: il cavo orbitale sinistro è vuoto per enucleazione dell'occhio, la guancia di destra appare più piena di quella di sinistra, il solco naso-labiale è a destra più pronunziato, la bocca è deviata verso destra. La palpazione fa rilevare una maggiore consistenza dei muscoli nella metà destra del viso, dove essi appaiono in istato di lieve contrazione tonica. Durante tale manovra è facile cogliere qualche scossa muscolare. Percuotendo su di essi si determina qualche volta la reazione idiomuscolare. I movimenti della bocca sono insufficienti: è mobile la metà sinistra delle labbra, a destra invece le labbra si mantengono stirate ma immobili. L'infermo riferisce inoltre che mangiando, se non pone attenzione, spesso il cibo fuoriesce dal lato destro. Ghiandole linfatiche senza modificazioni speciali: è possibile palparne nelle regioni latero-cervicali e in quelle inguino-crurali.

Cuore e vasi. — L'aia precordiale non fa rilevare all'ispezione modificazioni di sorta. L'itto della punta è appena visibile al quarto spazio intercostale, un centimetro all'interno della mammillare. La palpazione conferma la sede dell'itto, che appare ritmico e valido. Non si percepiscono fremiti o impulsi abnormi. La percussione fa rilevare per l'aia assoluta del cuore i seguenti limiti: in alto sulla terza costa, tre centimetri all'esterno della marginosternale sinistra, in basso sotto la quinta costa, un centimetro all'interno della linea emiclaveare, verso destra lungo la marginosternale sinistra. Nel rilevare questi limiti non esattamente fisiologici bisogna tener conto del fatto che il torace ha chiaramente forma quadrata (brevilineo). All'ascoltazione si percepiscono toni su tutti i focolai. Il primo tono alla punta è alquanto rinforzato, il secondo ha timbro leggermente metallico. Sul focolaio aortico il secondo tono è abnormemente modificato, avendo timbro nettamente metallico, ma non è seguito nè preceduto da alcun rumore patologico. Nulla di speciale sugli altri focolai. Con prolungata osservazione si nota l'apparire di modificazioni del ritmo per la presenza di rare extrasistoli. L'ispezione dei grossi vasi al collo fa registrare pulsazioni al giugulo e lungo il decorso delle carotidi. Visibile è pure la pulsazione della succlavia di destra. Il tubo laringo-tracheale non pulsa spontaneamente nè con le note manovre di Olliver o di Cardarelli. La palpazione delle carotidi mostra una discreta rigidezza dei vasi. Infossando le dita nel giugulo si percepisce il battito aortico che è abbastanza scuotente. Lieve pulsazione si nota anche sulle omerali e ben visibili sono altresì il polso della radiale e della cubitale. Tale polso è duro, ritmico, difficilmente compressibile, di frequenza regolare. Speciale attenzione merita l'esame dei piccoli vasi nelle parti distali del corpo. Le mani appaiono bluastre, come rattrappite e fredde. Non si notano però disturbi trofici. Il disturbo del circolo è più notevole sul dorso della mano, specie alle dita e verso il solco ungueale. Subiettivamente l'infermo avverte con frequenza parestesie varie alle mani. Ancora più notevole è il disturbo circolatorio alle estremità degli arti inferiori. I piedi appaiono cianotici, con modificazioni trofiche notevoli ad entrambi gli alluci; tali alterazioni sono meno evidenti all'ultima falange delle altre dita. L'alluce destro appare di colore molto scuro, la cute è arida, con lesioni periungueali torpide. Sulla faccia mediale di questo dito si nota una lesione di continuo del diametro di un centimetro circa che si approfonda notevolmente nei tessuti sottostanti, con bordi scuri, gemente una scarsa secrezione. Al dito omologo dell'altro lato esistono alterazioni simili ma meno evidenti. L'infermo si lamenta di moleste parestesie agli arti inferiori, specie ai piedi e in particolar modo a quello di destra. Egli non sopporta l'applicazione locale di caldo o di freddo e prova intenso dolore nel cammino, mentre il dolore è meno intenso, ma persiste accessionalmente, anche durante il riposo. Nulla di rilevante a carico degli altri organi. I riflessi tendinei sono perfettamente normali e di uguale intensità nei due lati. Fra i disturbi funzionali, oltre alle parestesie, occorre accennare anche all'enuresi notturna e ad un lieve grado di incontinenza abituale di urina, per cui l'infermo non sempre riesce a trattenere lo stimolo durante il giorno.

Dopo solo pochi giorni di degenza in Clinica, mentre si andavano espletando le ricerche diagnostiche, e quindi nessuna cura era stata ancora iniziata, l'alterazione trofica già descritta in corrispondenza dell'alluce di destra si aggravò, dando luogo ad un'ulcerazione vera e propria, più ampia, più profonda e con abbondante secrezione. Nel contempo si aggravarono tutti i disturbi subiettivi già riferiti.

ESAMI DI LABORATORIO: *Urina.* Quantità giornaliera cc. 900; colore giallo paglierino; aspetto torbido; reazione acida; densità 1015. Albumina tracce indosabili; assenti tutti gli altri principi patologici (muco, pus, sangue, zucchero, ecc.). Cloruri normali, indacano lievemente aumentato; urea normale. All'esame microscopico moltissimi urati e scarse cellule delle basse vie genito-urinarie. Cilindri assenti.

Sangue: Esame morfologico. Gl. r. 4.800.000; gl. bianchi 7500; emoglobina 85; rapporto globulare 1:640; valore globulare 0,88. Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 59 %; basofili 0,5 %; eosinofili 0,5 %; linfociti 32 %; monociti 6 %; forme di passaggio 2 %. Sieroreazione di Wassermann: negativa. Colesterinemia 0,15 %. Azotemia 0,59 ‰. Glicemia a digiuno 0,88 ‰; glicemia alimentare: curva a decorso normale, ritardata. Costante di Ambard: 0,10.

Pressione arteriosa (all'oscillometro di Pachon con doppio bracciale di Gallavardin). Braccio: Mx 270, Mn 170; Io.-11,5. Gamba: Mx 275, Mn 175; Io.-6.

Pressione venosa (al Claude): 15 cm. H^2O.

Prove farmacodinamiche: danno risultati indifferenti e non degni di nota R. O. C. negativo R. S. incostante. Prove della diluizione e della concentrazione: danno risultato normale.

Esame radiologico del torace ed esame elettrocardiografico: nulla di notevole.

Esame capillaroscopico praticato al dito medio della mano destra: anse capillari della fila terminale assai rare, molto tortuose, ed uniformemente dilatate, così nel ramo arterioso come in quello venoso. La corrente è lenta e sono visibili grossi nodi peristaltici a lento ritmo di progressione. Le anse terminali si staccano da una linea orizzontale che è collegata a rami posteriori più larghi, mostrando una rete venulare dilatata, secondo il quadro della stasi.

All'esame radiologico delle arterie nel piede destro (arteriografia mediante iniezione endoarteriosa di ioduro di sodio) la rete arteriolare appare quasi invisibile; in tale zona cioè il liquido non è penetrato nel lume vasale.

CONSIDERAZIONI CLINICHE.

La pressione arteriosa dipende, come è noto, da tre fattori: le condizioni del cuore, quelle delle pareti arteriose e le resistenze periferiche, con quest'ultima denominazione intendendo sopratutto i minimi vasi capillari. Secondo una regola enunciata da Lian, in condizioni normali o di modica ipertensione dovrebbe la pressione minima corrispondere alla metà della massima più dieci. In caso di ipertensione più pronunziata per avere la minima si dovrebbe aggiungere venti anzichè dieci alla metà della massima.

Ciò premesso, non può non richiamare la nostra attenzione la cifra alta riscontrata ripetutamente all'oscillometro nel caso capitato alla nostra osservazione. I diversi autori, che si sono occupati dell'argomento, considerano modica ipertensione quella che raggiunge i 200, media quella che va fino ai 250, e al di sopra di 250 parlano di ipertensione forte.

Nel nostro ammalato vi è quindi una forte ipertensione con una pressione differenziale notevole.

Tuttavia la pressione differenziale non tanto meraviglia, poichè di solito la minima cresce col crescere della massima, ma non parallelamente, sibbene con minore intensità, onde a misura che diviene più marcata l'ipertensione si accentua il distacco fra Mx e Mn.

Quello che più stupisce è la cifra anormalmente alta della minima. Secondo la legge di Lian, noi avremmo dovuto riscontrare una minima uguale a metà della massima più venti (trattandosi di un forte iperteso), quindi una $Mn = (270:2) + 20$, il che corrisponde a 155. Poichè la minima invece di 155 è 170 vuol dire che in questo caso particolarmente pronunziate sono le resistenze periferiche.

Nel nostro infermo sono state inoltre registrate diverse curve oscillometriche, in quanto è noto che l'indice oscillometrico esprime le condizioni di tonicità della parete arteriale: precisamente in caso di indice breve con ipertensione esisterà una ipertonia e in caso di indice ampio con ipotensione esisterà una ipotonia. E, note essendo le condizioni delle pareti arteriose, si può sapere se attribuire ad esse o alle condizioni cardiache la causa della ipertensione. Nel nostro caso risulta evidente una differenza di ampiezza fra gli indici dei due segmenti vascolari.

Non va trascurato infine il ruolo che può giuocare nel determinismo dell'ipertensione il fattore renale che secondo Romberg e secondo Ambard era preminente. Infatti Romberg affermava « ritengo che quasi tutte le ipertensioni essenziali siano di origine renale » ed anche Ambard scriveva (1906) « tutte le ipertensioni permanenti sono d'origine renale ». Oggi invece si ritiene che le forme ipertensive siano in rapporto a cause molteplici, come vedremo fra breve. Il nostro ammalato presenta — come s'è visto — pressochè normali le prove di diluizione e di concentrazione e appena modicamente elevata l'azotemia e la costante ureo-secretoria di Ambard. Manca inoltre ogni segno di ipertrofia ventricolare, come manca ogni altra alterazione cardiaca all'esame radiologico ed elettrocardiografico.

Per quanto riguarda il reperto morfologico del sangue (poichè le ipertensioni possono accompagnarsi ad ipoglobulia e ad iperglobulia), il nostro infermo non dà motivo a rilievi particolari. Negative tutte le ricerche per quanto riguarda la lue, l'intossicazione nicotinica e il diabete. Negative le indagini, con le prove farmacodinamiche, del sistema neuro-vegetativo.

*
* *

Riassumendo, si tratta quindi di un vecchio di 65 anni, iperteso, nicturico, non luetico, con un disturbo trofico a carico dell'arto inferiore destro.

Il primo quesito diagnostico è quello di stabilire quale sia la forma di ipertensione. Le ipertensioni arteriose secondo le classifiche più recenti possono essere divise in: 1) forma *re-*

nale; 2) forma *essenziale;* 3) forma *arteriosclerotica.*

La forma renale più tipica compare nella sclerosi renale e sopratutto nella forma maligna. Ma qui è assente ogni segno di sclerosi renale, manca cioè la poliuria, il basso peso specifico, la cilindruria.

Vi è una lieve albuminuria, ma questa può essere imputata ad una semplice arteriosclerosi del rene, la quale di regola non dà notevole ipertensione arteriosa.

Manca inoltre l'azotemia alta, mancano i reperti delle prove di diluizione e di concentrazione, mancano i segni di compromissione miocardica, che abitualmente coesistono (sopratutto galoppo) e manca il quadro capillaroscopico spastico.

In quanto alla forma essenziale della ipertensione arteriosa, va rilevato ch'essa si manifesta di regola in soggetti più giovani ed è poco probabile che sia incominciata nel nostro infermo in età giovanile e sia durata fino ad oggi per tanti anni senza disturbi. Inoltre è vero che la forma essenziale può dare secondariamente modica albuminuria, ma non dà lesioni sclerotiche delle arteriole. Senza contare ancora che la forma essenziale presenta abitualmente una pressione minima bassa, si accompagna spesso ad iperglicemia, a squilibrio neurovegetativo ed offre un quadro capillaroscopico con dilatazioni sopratutto nel ramo arterioso.

Non resta quindi che pensare alla forma arteriosclerotica. Infatti la lieve albuminuria starebbe per una arteriosclerosi iniziale del rene e il quadro capillaroscopico corrisponde appunto a quello arteriosclerotico.

Per quanto riguarda il disturbo trofico agli arti inferiori, particolarmente sviluppato all'arto di destra, va esclusa la possibilità di un morbo di Raynaud sia perchè manca una vera e propria simmetria, sia perchè manca il carattere accessionale.

Onde l'unica diagnosi accettabile è quella di una *arteriolite,* cioè di un processo arteriolare con inizio di obliterazione.

Il capitolo delle arteriti e delle arterioliti è ancora in pieno svolgimento e presenta pertanto non poche lacune. In genere le forme di arteriolite cronica obliterante possono essere ricondotte a tre gruppi: 1) la forma di *Leo Bürger,* che sembra data da un granuloma infettivo a carico delle varie tuniche vascolari; 2) le forme *infettive,* tra cui principalmente la tubercolare e la luetica; 3) la forma *arteriosclerotica.*

Ora nel nostro ammalato la prima forma può essere esclusa perchè si tratta di un vecchio, perchè la pedidia è pulsante, perchè la alterazione è abbastanza localizzata (non vi è nulla agli altri arti), perchè i dolori sono poco vivaci, ecc.

La seconda forma viene ad essere ugualmente esclusa, perchè manca ogni nozione di forma infettiva acuta pregressa, non vi è tubercolosi, non risulta la lue (come appare dall'anamnesi, dal reperto sierologico, dalla assenza di lesioni aortiche).

Rimane allora la forma arteriosclerotica la quale inquadra anche col tipo di ipertensione, che abbiamo precedentemente esaminato.

* * *

Non è il caso di ricordare qui tutti i rimedi ch'era possibile tentare a scopo ipotensivo. La vecchia terapia è abbastanza nota. Abbiamo invece voluto usare l'*acetilcolina* e ci siamo serviti per la nostra esperienza dell'acetilcolina Roche.

Iniettando per via ipodermica 20 centigrammi al giorno, si è ottenuta gradatamente una diminuzione della pressione massima da 270 a 250. Nello stesso tempo — e senza alcuna altra cura locale tranne una medicatura asettica — si andò modificando la sindrome agli arti inferiori, diminuì la cianosi fino a scomparire, si ristabilì quindi la temperatura normale, lentamente si cicatrizzò l'ulcerazione, dileguarono i dolori lancinanti e le parestesie ivi localizzate.

Dopo circa un mese i piedi erano tornati perfettamente normali, l'infermo poteva camminare benissimo, le sue sofferenze erano del tutto cessate.

Ma a questo successo non si accompagnò tuttavia una notevole diminuzione della pressione. Tentammo allora la via endovenosa, via che alcuni avevano sconsigliato per gli inconvenienti, cui si poteva andare incontro. Tali inconvenienti però erano stati negati, dopo ulteriori ricerche, da altri, anche per ricerche eseguite nella nostra stessa Clinica (Pansini, Pomodoro). Infatti esperienze condotte sistematicamente tanto su individui a pressione normale, quanto su individui modicamente o notevolmente ipertesi, non hanno fatto rilevare alcuna modificazione elettrocardiografica degna di nota se si esclude soltanto una bradicardia transitoria. Va aggiunto ancora che con metodici rilievi sfigmomanometrici si è potuto stabilire che la pressione

resta invariata, o si modifica in maniera poco sensibile negli individui normali, diminuisce invece in modo molto apprezzabile negli ipertesi. Il che conferma che l'acetilcolina agisce sopra tutto nel caso che vi sia realmente ipertensione e non quando la pressione si aggira intorno a cifre normali.

Premesse queste conoscenze, nel nostro paziente abbiamo introdotto per via endovenosa 25 centigrammi di acetilcolina in una sola volta, iniettando molto lentamente e avendo cura di sostare nel caso che apparissero fenomeni d'intolleranza. Durante l'iniezione apparve, come accade in tale circostanza, congestione al viso, sudorazione, senso di peso all'epigastrio, stimoli di tosse, obnubilamento, bradicardia. Ma tutti questi fenomeni, come sempre, dileguarono abbastanza rapidamente.

Fenomeno invece veramente notevole fu lo abbassamento della pressione con questa sola iniezione endovenosa: la Mx da 250 discese a 200. Misurazioni numerose, fatte a distanza di ore e di giorni, permisero di rilevare la persistenza di questo abbassamento ottenuto in una sola volta. Dopo qualche settimana, riprendemmo l'uso del medicamento iniettando a giorni alterni 5 centigrammi soltanto, sempre per via endovenosa, raggiungendo infine dopo breve tempo queste condizioni di pressione: Mx 180, Mn 100. Condizioni che rimasero stabili ad onta dell'ulteriore sospensione dell'uso dell'acetilcolina, per cui, dal momento che l'infermo si sentiva benissimo, fu dimesso dalla Clinica, anche per secondare la di lui richiesta.

RIASSUNTO.

L'A. ha studiato un caso di acroangiopatia in corso di notevole ipertensione. In seguito a numerose indagini di laboratorio, radiologiche ed elettrocardiografiche, ha potuto porre la diagnosi di ipertensione arteriosclerotica con arteriolite diffusa agli arti inferiori.

Ha usato, a scopo terapeutico, l'acetilcolina per via endovenosa, senza che si determinasse alcun incidente sia pure di modica gravità. Gli effetti sono stati lusinghieri perchè, non solo si è ottenuta la guarigione del disturbo trofico, ma la stessa notevole ipertensione si è ridotta di molto e stabilmente.

BIBLIOGRAFIA.

Charcot. *Sur la claudiation intermittente par oblitération artérielle.* Progrès méd., 1887.

Vignolo Lutati. *Morbo di Raynaud e sifilide.* Morgagni, 1919.

Zagari. *Acrocianosi cronica.* Riforma Medica, 1920.

Gallavardin. *La tension artérielle en clinique.* Paris, 1920.

Perrin e Richard. *L'hypertension artérielle.* Paris, 1922.

Laubry. *Sémiologie cardiovasculaire. Troubles fonctionnels.* Paris, 1924.

Sandrini. *Osservazioni capillaroscopiche in rapporto con diversi stati morbosi.* Riv. di clin. medica, 1925.

Villaret e Bezançon. *Syndrome de Raynaud. Action de l'histamine et de l'acétylcholine.* Presse méd., 1926.

Dumas. *La circulation sanguine periphérique et ses troubles.* Paris, 1926.

Galli. *L'arteriosclerosi.* Editrice Libraria, 1926.

Vasaturo. *Le acroangiopatie.* Morgagni, 1927.

Villaret e Besançon. *Recherches expérimentales et cliniques sur l'acétylcholine.* Presse méd., 1928.

Id. Id. *Effets thérapeutiques de l'acétylcholine.* Ibid., 1928.

Layani. *Les acrocyanoses.* Paris, 1929.

Galli. *Le nevrosi del cuore e dei vasi.* Editrice Libraria, 1930.

Antognetti. *Le ipertensioni arteriose.* Vallardi, 1930.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

Sindrome di ipoventilazione alveolare.

(Cossio e Berconsky. *La Semana medica*, numero 40, 1932).

Nel 1930 Berconsky con Ayerza e Solari studiarono la funzione circolatoria ed emorespiratoria di un infermo con passato broncopolmonare cronico ed intensamente cianotico, cioè un « cardiaco negro »; simultaneamente Berconsky, Arillaga e Tarquini ripetono lo stesso studio in altro infermo catalogato « cardiaco negro » per arterite primitiva della polmonare. In tutti e due i p. si dimostrò uno stato cronico di ipoventilazione polmonare che originava la cianosi. Meakyns e Davies, Dautrebande, in enfisematosi cronici mostrarono che la intensità della cianosi ed il grado di sviluppo delle dita ippocratiche, era in relazione diretta con la estensione delle lesioni broncopolmonari e con la intensità dei disturbi dello scambio gassoso. Dicesi pertanto che vi è ipoventilazione alveolare quando la quantità di aria in ciascuna inspirazione, o aria corrente, diminuisce in tal misura, che non basta a rinnovare sufficientemente l'aria alveolare, risultandone un aumento della tensione dell'anidride carbonica, e una diminuzione del contenuto in ossigeno, donde il sangue in contatto con l'aria alveolare si carica deficentemente di ossigeno e si sovraccarica di anidride carbonica.

Nello studio in oggetto gli AA. riportano tre osservazioni con un quadro clinico di « cardiaco negro » di Ayerza: pazienti con un vec-

chio passato polmonare, con intensa cianosi, poliglobulia, manifestazioni diverse in relazione con ipertensione del piccolo circolo e sclerosi dell'arteria polmonare. Un caso esaminato, giunse all'autopsia e rivelò il quadro tipico del « cardiaco negro », broncoalveolite mutilante, con fibrosi intensa e bronchiettasie moniliformi, peribronchite infiltrativa e sclerosi con diminuzione della luce vascolare dei piccoli rami dell'arteria polmonare. Lo studio della funzione respiratoria ed emodinamica permise di isolare una duplice sindrome inspiratoria e circolatoria. La sindrome respiratoria si caratterizzava per uno stato di ipoventilazione alveolare con discesa marcata della tensione del CO_2 alveolare ed aumento marcato della tensione del CO_2. La sindrome circolatoria era caratterizzata da uno stato di insufficienza cardiaca, senza modificazioni della tensione differenziale, nè aumento della tensione venosa. In un caso solo si aveva ipertensione venosa.

La sindrome respiratoria si mostrava immutabile mentre la sindrome circolatoria poteva attenuarsi od anche scomparire completamente. A causa della cianosi si poteva invocare la marcata caduta della tensione dell'O_2 nell'aria alveolare determinante la esistenza di un'elevato grado di emoglobina ridotta nel sangue arterioso, o, ciò che è uguale, una ridotta percentuale di saturazione dell'ossigeno nel sangue arterializzato. Il maggiore impoverimento in ossigeno alla periferia per il ristagno circolatorio esistente in alcuni momenti, a causa dell'insufficenza cardiaca, contribuiva ad intensificare la cianosi senza esserne peraltro la sola causa. La attenuazione ed anche la scomparsa dell'insufficienza cardiaca, non giunse a modificare l'aspetto generale di questi infermi. Gli AA. terminano lo studio ricordando le parole dell'Houssay « che trattandosi nei cardiaci negri, di una sindrome fisiopatologica con ipoventilazione alveolare, cianosi intensa e insufficienza cardiaca finale, il suo studio ed il suo riconoscimento è realizzabile soltanto in vita e non in morte, poichè la cessazione della vita ha per esito la cessazione della sindrome ». MONTELEONE.

I fenomeni pleurici e polmonari nelle sindromi addominali.

(P. TREMONTI. *Giornale Medico dell'Alto Adige*, luglio 1932).

La relativa facilità con cui negli interventi operativi sull'addome si hanno complicazioni pleuro-polmonari, fece porre da lungo tempo ai medici ed ai chirurgi il problema delle cause e della via attraverso la quale le complicazioni stesse si insediano. È indubbio che la via linfatica e la via sanguigna possono costituire il cammino di ascesa dei germi dalla cavità addominale alla toracica. La via aerea non può più oggi dopo i nuovi metodi di anestenia avere l'importanza che le si attribuiva in passato.

Sono noti i lavori di Crile, il quale ebbe a sostenere l'importanza che può avere nelle complicazioni polmonari e pleuriche l'irritazione che si propaga attraverso il sistema nervoso, dall'organo su cui si interviene agli organi toracici, con i quali detto organo è in connessione nervosa. L'anestesia locale dello splacnico, negli interventi sull'addome, ha consolidato in buona parte la teoria di Crile. Non è sfuggita a nessun medico la singolare differenza numerica tra le complicazioni pleuriche e polmonari in caso di intervento sulla parte alta dell'addome, da quello che non sia sulle altre regioni addominali. E non è forse singolare che proprio nella parte alta dell'addome sia posto il ganglio semilunare, il cervello addominale di Bichat?

Questione ancora *sub judice*, certo, questa dei riflessi addominali sugli organi toracici, come causa di insorgenza di complicazioni pleuriche e polmonari negli interventi sull'addome, ma certo fondata su una supposizione logica. Se è vero che la teoria più attendibile delle affezioni pleuriche meta-addominali è quella che sostiene una via seguita dai germi o sanguigna o linfatica e qualche volta una via mista, non è affatto illogico ricorrere per alcuni tipi di fenomeni pleurici in alcune sindromi addominali all'azione a distanza del sistema nervoso. Sono noti gl'intimi rapporti nervosi esistenti tra cavo pleurico e cavo addominale, sopratutto attraverso il sistema simpatico e vasale. Il complesso pleuro-polmonare è dotato di così squisita sensibilità a tutti gli agenti chimici, fisici, meccanici, da regolare la propria attività a seconda del bisogno dell'organismo e in rapporto alla attività di tutti gli altri organi e alle condizioni di vita dello ambiente esterno. Ora, se è difficile poter ammettere per quelle pleuriti in cui è evidente un reperto anatomo-patologico da processo infiammatorio batterico, una causa di origine nervosa, lo stesso non si può dire per quelle pleuriti il più spesso secche, ma anche sierose e qualche volta con versamento assai abbondante, di durata brevissima e che non lasciano dietro di sè nessun residuo clinicamente dimostrabile. Esempio: le pleuriti ricorrenti a ogni attacco di colica biliare.

Non è sfuggito ad alcuni AA. la strana somiglianza tra l'insorgere di queste pleuriti, così brusche, quasi folgoranti, e alcuni tipi di edema. E si cominciò a pensare che una causa nervosa potesse sospettarsi nella produzione del fenomeno pleurico.

Se è però difficile ammettere un fattore nervoso diretto nella insorgenza delle pleuriti meta-addominali, più logico sembra supporre una

possibilità di unione di due fattori nella genesi delle pleuriti stesse: tossico e nervoso. Non è poi illogico pensare che il versamento pleurico si possa avere in questi casi attraverso un meccanismo di tipo anafilattico, per speciale sensibilità del tessuto pleurico agli eventuali tossici. C. TOSCANO.

Sul trattamento della polmonite con siero.

(RUSSELL L. CECIL. *The British Medical Journal*, 8 ott. 1932).

Comunemente tre sono i tipi responsabili della polmonite pneumococcica ed essi sono distinti in Tipo I, II e III.

Al tipo I va attribuito almeno un terzo dei casi; il tipo secondo è responsabile di un quarto dei casi, mentre il tipo III è il meno importante ad esso essendo attribuito appena l'11 % delle polmoniti. Finalmente in un unico gruppo sono riuniti i casi rimanenti e cumulativamente attribuiti ad un tipo o gruppo V, che in sè riunisce vari altri ceppi rimanenti (circa 29). La mortalità maggiore è data dai tipi II e III, il II essendo il più virulento di tutti.

In che modo un antisiero agisce sullo pneumococco? Non si tratta qui di una reazione tossina-antitossina nè di una batteriolisi; sembra invece che il siero neutralizzi la cosidetta sostanza specifica che si forma nelle capsule dei germi e si rende libera sia sui terreni di coltura come nell'organismo animale durante la malattia.

Esperimenti eseguiti su larga scala ancora dal 1912 col siero di cavalli immunizzati verso il tipo I, hanno dato una sicura e notevole riduzione di mortalità che dal 25 % scese al 10 %. Nello spazio di 24 h. la temperatura, il polso e la respirazione ritornano alla norma, scompaiono i sintomi tossici e il paziente riprende un aspetto normale.

Una serie di importanti perfezionamenti si sono raggiunti nella preparazione del siero onde evitare le manifestazioni di intolleranza e per ottenere prodotti puri e concentrati.

Gay e Chickering, ad esempio, nel 1915 trovarono che mescolando siero immune con una sospensione di pneumococchi dello stesso tipo, si formava un precipitato che conteneva maggior quantità di sostanza protettiva che non il siero. Il precipitato poteva venire sciolto in mezzo alcalino e ottenersi così una soluzione limpida, più attiva. Huntoon portò ulteriori modificazioni nella preparazione ottenendo un siero per il tipo I e II, praticamente privo di proteine seriche. Felton finalmente, otto anni fa, trovò che praticamente tutte le sostanze protettive potevano essere estratte dal siero antipneumococcico aggiungendo a questi una forte quantità di acqua distillata, ottenendosi così un liquido a potere protettivo 8-12 volte maggiore e privo quasi del tutto di albumine anafilattogene. Il potere del siero Felton si misura in unità, ognuna delle quali corrisponde alla dose minima necessaria per proteggere il topolino bianco contro un milione di dosi mortali di pneumococco. Un cc. di siero può contenere da 100 a 2000 unità.

Modo si somministrare il siero: fatta la diagnosi di polmonite lobare, si procede subito alla determinazione del tipo di pneumococco in causa, il che si ottiene, con l'isolamento dallo sputo, nello spazio di 1-5 ore; determinato il tipo del germe, si indaga se altri trattamenti di siero in passato il paz. aveva subito e se mai avea sofferto di orticaria, asma o febbre da fieno; si saggia quindi la cutireazione verso il siero scelto e se anche questa è negativa se ne iniettano lentamente 5 cc. nelle vene. Qualora il paz. non mostri reazione di sorta a questa prima iniezione, se ne fanno seguire altre di 15-20 cc. ogni due-tre ore, in maniera da iniettare complessivamente 100.000 unità, corrispondenti di solito a 100 cc. La quantità di siero da iniettare nei giorni seguenti è dettata dal comportamento clinico del paz. Se il siero ha qualche effetto esso non appare più tardi del terzo giorno di trattamento.

L'esperienza ha ormai dimostrato che il siero esplica effetti notevolmente e sicuramente benefici solo quando trattasi dei tipi I e II. Comunque è condizione essenziale intervenire al più presto possibile e allora si vede, nei casi positivi, la temperatura scendere rapidamente alla norma, i pneumococchi scomparire rapidamente dal sangue, mentre gli anticorpi rapidamente fanno la loro comparsa: con questo mezzo le statistiche danno una mortalità ridotta di più del 50 %, in casi del tipo I.

Nelle polmoniti di tipo II la mortalità aumenta assai più notevolmente con l'età e le difficoltà di poterla combattere col siero qui sono ancor maggiori poichè si ha a che fare con un ceppo che produce una maggior quantità di sostanze tossiche solubili che devono quindi essere neutralizzate, e perchè è più difficile che non per il tipo I di ottenere un siero altamente protettivo.

Come per il tipo anche in questo caso la gravità della malattia è segnata dal carattere setticemico: orbene, dopo il trattamento con siero molto spesso la coltura del sangue subito prima positiva, diviene negativa; comunque agli effetti finali, col siero del tipo II non si ottengono i risultati che si hanno nelle polmoniti del tipo I. Anche in uno stadio avanzato di sepsi la somministrazione di siero può sterilizzare il sangue, ma questo tuttavia non esclude l'evenienza mortale. I dati statici fin qui raccolti non sono gran che confortanti ed un giudizio definitivo sul siero di tipo II non si può ancora emettere.

Scarsi tentativi sono stati fatti verso le for-

me di tipo III, ma i dati sin qui raccolti sono tutt'altro che incoraggianti. Analogamente si può concludere per le polmoniti e per il siero di tipo IV he rappresentando il prodotto di circa 29 ceppi ha un carattere polivalente e quindi è meno strettamente specifico.

E. ANTONIAZZI.

Cura della polmonite lobare con anidride carbonica e ossigeno.

(J. F. HANSON e A. W. CALHONN. *Arch. of Intern. Med.*, agosto 1932).

Il biossido di carbonio si può usare per eccitare il centro respiratorio. Esso è consigliato da Henderson e Haggard anche per provocare un'iperventilazione negli operati ed evitare così la polmonite post-operatoria. Recentemente (1930) Lincoln Brown ha fatto l'osservazione broncoscopica che l'inalazione di biossido di carbonio provoca aumento di frequenza e di profondità del respiro e violenti movimenti dell'albero tracheobronchiale, tendenti ad eliminare il muco aderente.

Gli AA. somministrarono per inalazione 95 per cento di ossigeno e 5 per cento di biossido di carbonio a quattro persone sane per 10', e osservarono senso di deliquio, che scomparve rapidamente. Fra i polmonitici essi scelsero 27 casi di polmonite precoce e fecero inalare la stessa miscela gassosa due volte al giorno per dieci minuti ogni volta.

La malattia era cominciata in media da due giorni. In 7 casi la polmonite era del lobo superiore destro, in 6 del lobo superiore sinistro, in 10 del lobo inferiore destro e in 10 del lobo inferiore sinistro, e in 7 del lobo medio destro. In un caso c'era polmonite dell'ilo destro. In 9 casi la polmonite aveva colpito più lobi.

Il gas fu dato in media per 5 giorni e mezzo (con un minimo di 3 1/2 e un massimo di 10 1/2).

La malattia terminò in crisi in 24 casi e in lisi in 3.

Un caso aveva pneumococchi del tipo I, 2 del tipo II, 4 del tipo III, 11 del tipo IV, 2 di tipo misto e 7 di tipo non determinato.

In 15 casi l'emocultura era positiva.

Non ci fu costante modificazione dei leucociti durante e dopo l'inalazione.

Molti pazienti si lamentarono di cefalea, quasi tutti di dolore pleurico che cominciava all'inizio di ogni inalazione. Quasi tutti si lamentarono di stanchezza durante l'inalazione. Sedici pazienti si sentirono sollevati dopo l'inalazione.

La polmonite non ebbe decorso abortivo colle inalazioni, ma seguì il suo corso solito.

Facendo il confronto con un gruppo di polmonitici di controllo, si vide che l'inalazione non servì ad evitare l'estensione del processo ad altri lobi in parecchi casi, nè evitò in due il formarsi di un empiema.

Occorrono altre ricerche sul dosaggio e sul metodo di somministrazione. Circa la mortalità, nel gruppo trattato con gas, si ebbe mortalità del 7,4 per cento contro 35,9 per cento in un gruppo di controllo; però furono trattati col gas solo casi lievi.

R. LUSENA.

Studi clinici e patologici sulla bronchiectasia.

(H. H. MOLL. *Quarterly Journ. of Medicine*, luglio 1932).

Da quando si è venuta diffondendo l'introduzione del lipjodol nell'albero bronchiale, per la diagnosi di affezioni croniche broncopolmonari, si è veduto che la bronchiectasia è una malattia molto più comune di quanto si riteneva un tempo.

Le varie forme di dilatazione bronchiale che si osservano con il lipjodol sono analoghe a quelle descritte all'autopsia e cioè: 1) uniformi, tubulari o cilindriche; 2) fusiformi, a dito di guanto; 3) globulari o saccate; 4) moniliformi; vi sono poi forme miste, tubulari e saccate.

Nel tipo uniforme, cilindrico, pure mantenendosi la forma tubulare delle ramificazioni bronchiali, queste mantengono l'ampiezza delle ramificazioni più grosse, invece di diminuire gradatamente. Sono spesso accompagnate da pleurite adesiva e da enfisema; tendono ad essere bilaterali e si osservano a preferenza ai lobi inferiori.

Le dilatazioni fusiformi tendono ad aumentare di ampiezza verso l'estremità terminale; si trovano in un lobo collassato e costituiscono il tipo più comune della bronchiectasia atelettasica.

Nelle forme globulari o saccate, si hanno spesso le più ampie dilatazioni; le estremità dilatate formano delle cavità rotonde, uniche o multiple, dall'apparenza di grappolo o di alveare. Generalmente, hanno un diametro inferiore ad un centimetro, ma talora possono raggiungere il volume di un mandarino. Il tessuto polmonare circostante, generalmente, si trova in stato di indurimento fibroso, che può prendere il lobo inferiore oppure tutto il polmone. Le contrazioni irregolari del tessuto fibroso possono dare alla cavità una forma irregolare. In qualche caso, la bronchiectasia è limitata ad un lobo superiore, simulando così una caverna tubercolare.

La dilatazione moniliforme si presenta discontinua in un bronco. Diversamente dal tipo saccato, che prende i bronchi terminali, la varietà moniliforme si osserva lungo il decorso dei bronchi, in vicinanza alla biforcazione delle branche secondarie.

Il tipo fusiforme, e specialmente quello moniliforme, sono i più rari.

Vi sono poi due tipi che si conoscono meglio da quando è stata introdotta la broncografia, cioè quello atelettasico e quello secco emorragico. Nel primo si osserva la bronchiectasia all'interno di un'ombra triangolare, in prossimità del mediastino, alla base polmonare; tale ombra, se è a sinistra, la si vede più intensa all'interno di quella cardiaca, se è a destra, oblitera l'angolo cardio-epatico.

Con l'iniezione di lipjodol, si vede che quest'ombra contiene un gruppo di bronchiectasie, spesso di tipo fusiforme. In questi casi, i primi segni di disturbi toracici, che si hanno talora poche settimane dopo la nascita, suggeriscono l'idea che si tratti di atelettasia oppure di un'imperfetta *restitutio ad integrum* dopo una polmonite. Inoltre, la distribuzione anatomica dei bronchi di secondo ordine vicini alla pleura mediastinica favorisce la diffusione del processo alla pleura e lo stabilirsi di una pleurite mediastinica cronica adesiva od interlobare, con fibrosi polmonare secondaria.

La forma secca è caratterizzata da assenza di espettorazione completa o quasi e da una tendenza notevole all'emottisi; questa è spesso il solo sintoma e fa sorgere il sospetto di tubercolosi polmonare, malgrado la negatività delle radiografie e dell'esame dello sputo.

SEDE ED ESTENSIONE DELLE DILATAZIONI.

Nella statistica dell'A., che concorda con quella di altri, risulta che nei casi osservati all'autopsia, si aveva il 50,9 % di dilatazioni unilaterali, ed il 49,1 % di bilaterali; nei casi osservati con il lipjodol, la proporzione era rispettivamente di 67,5 % e di 32,5 %.

La localizzazione della bronchiectasia può farsi soltanto con il lipjodol (od all'autopsia), essendo assai difficile (od impossibile) il farlo clinicamente, poichè spesso i rumori sono avvertiti sul polmone controlaterale, dove il lipjodol non rivela nessuna dilatazione.

Nei bambini, si osserva una maggiore percentuale di dilatazioni unilaterali (80 % secondo Findlay e Delille), il che è probabilmente dovuto al fatto che la condizione viene osservata nei primi stadî; col diffondersi della broncografia, è da sperarsi che la diagnosi di bronchiectasia si potrà fare ad uno stadio più precoce che non ora.

Anche nei casi bilaterali, si ha una prevalenza da un lato, specialmente nel sinistro e nel lobo inferiore. Nella metà dei casi, la bronchiectasia si ha alla base del polmone; raramente, essa è limitata al lobo superiore, ed in tal caso è più frequente a destra. Nei 53 casi dell'A., si avevano bronchiectasie al lobo superiore nel 13,2 %; al medio nel 5,6 %; all'inferiore nel 56,6 %; diffuse a più che un lobo, nel 24,6 %.

PATOGENESI.

Alcuni casi portano con loro la spiegazione della patogenesi. Così accade per la ristrettezza congenita dei bronchi, la pressione da cicatrici o da aneurismi, l'occlusione interna da tumori e specialmente quella da corpi estranei.

In tutti i casi di occlusione parziale, si produce una dilatazione bronchiale, mentre se l'occlusione è completa, entro 24 ore, si ha atelettasia del parenchima polmonare corrispondente, con secrezione purulenta dei bronchi ostruiti; dopo poche settimane, i bronchi prossimi alla lesione si dilatano.

Le bronchiectasie congenite formano un gruppo speciale; esse talora costituiscono un puro reperto di autopsia, tal'altra possono essere sospettate quando vi è un'anamnesi di disturbi toracici, che continuano fin dalla nascita. La sua patogenesi è stata variamente discussa; arresto di sviluppo, raccolta di liquido nei bronchioli fetali in sifilide endouterina, prevalenza di sviluppo del bronco sinistro principale; in un caso dell'A., debolezza della parete analoga a quella che si osserva nell'aneurisma a bacca delle arterie cerebrali.

Sul fattore meccanico nella patogenesi della bronchiectasia, molto è stato scritto, attribuendo la dilatazione alla distensione dall'interno in causa dell'andameno di pressione dovuto ai violenti sforzi espiratori per il prolungato tossire ed il ristagno delle secrezioni. I processi meccanici possono avere una certa parte nella produzione delle bronchiectasie, ma non mai l'importanza di un fattore primario, in quanto che la dilatazione bronchiale è prodotta soprattutto da un processo infiammatorio che indebolisce la parete bronchiale. Tali vedute non sono nuove, ma sono state recentemente confermate dall'esistenza di condizioni analoghe, in un organo rigido quale è la parotide in cui, mediante l'iniezione di lipjodol in casi di parotite cronica, si sono vedute delle dilatazioni saccate o tubulari dei dotti e degli alveoli del tutto simili a quelli che si osservano nella bronchiectasia.

L'indebolimento della parete bronchiale a causa di processi infiammatori può essere dovuto a distruzione della mucosa, dello strato muscolare o delle fibre elastiche. Nei primi stadî, può trattarsi soltanto di una semplice perdita di tono, con dilatazione temporanea: tale stadio funzionale precede quello anatomico. La dilatazione è probabilmente provocata dall'atonia della muscolatura bronchiale, su cui hanno agito le tossine batteriche e dal ristagno delle secrezioni non espulse. Agli stadî avanzati, la muscolatura, le fibre elastiche ed anche le

ghiandole mucose e la cartilagine sono distrutte, sicchè la parete viene sostituita da un tessuto fibroso.

Nei piccoli bronchi, la resistenza alla dilatazione è data soprattutto dalle fibre elastiche, mentre in quelli grossi è più che altro sostenuta dalla tunica muscolare. I bronchi incominciano così a perdere i loro movimenti contrattili e rimangono in uno stato di dilatazione paralitica, mentre ad uno stadio ulteriore la parete è distrutta e sostituita da tessuto cicatriziale.

Un altro fatto che sta a sostegno della patogenesi infettiva della bronchiectasia è la frequenza con cui si hanno in antecedenza delle infezioni del tratto respiratorio: polmonite nei primi tempi di vita, infezioni della fanciullezza (morbillo, pertosse, infezione nasale).

Si deve inoltre tener presente che la bronchiectasia è molto spesso una malattia dei giovanissimi; su 60 casi, il 50 % aveva tale malattia già nei primi anni di vita. Ora, il tipo adulto della bronchiectasia è compatibile con una vita abbastanza lunga senza grandi disturbi, mentre la malattia nell'età infantile ha un'alta mortalità. In una serie di 45 autopsie, in cui la morte era dovuta alla bronchiectasia, il 50 % era dato da individui in età prepubere ed i 2/3 prima dei 30 anni. Le cause più frequenti di morte furono: broncopolmonite, empiema e piopneumotorace, mentre furono eccezionali le morti dovute a gangrena polmonare, emottisi, ascesso cerebrale.

fil.

MISCELLANEA.

Rilievi clinico-radiologici sulla periviscerite destra. La frequenza della periviscerite d. di origine appendicolare.

(P. PERONA. *Giornale Medico dell'Alto Adige*, fasc. n. 9, settembre 1932).

L'A. attraverso esempi e conclusioni che scaturiscono dalla sua larga ed oculata esperienza, dimostra l'importanza del sussidio radiologico per chiarire la sintomatologia spesso oscura delle lesioni periviscеritiche dell'addome D. I comuni mezzi diagnostici non bastano sempre a chiarire i casi di periviscerite specie se estesa, perchè l'alterato rapporto degli organi rende oscura la sintomatologia già di per sè stessa complessa. Troppo spesso poi una periviscerite della fossa ileocecale dà propagini fino all'ipocondrio D, e non di rado l'attenzione del clinico è attratta verso l'ipocondrio mentre la periviscerite ha avuto il suo punto di partenza nella fossa ileocecale. Si sospetta una periviscerite consecutiva ad un processo piloro duodenale o della colecisti ed il radiologo ne trova l'origine nell'appendice.

In caso di periviscerite dell'ipocondrio D, bisogna innanzi tutto sospettare un processo piloro duodenale o della colecisti.

Tanto nell'uno che nell'altro caso il processo di periviscerite colpisce il duodeno che assume aspetti particolari generalmente ben differenziabili dagli aspetti tipici che dà l'ulcera, infatti. Sulla piccola e sulla grande curvatura compaiono delle dentellature rese instabili e mutevoli dalla peristalsi. Non di rado l'impronta colecistica produce anche deformazioni più o meno marcate del bulbo. Il grado della mobilità duodenale non costituisce invece un dato per giudicare sull'entità e sullo sviluppo delle aderenze, poichè le aderenze sono per lo più circoscritte ad un organo mobile qual'è la colecisti. D'altra parte la riduzione di mobilità del bulbo può essere semplicemente dovuta ad un minore sviluppo del piccolo epiploon o ad un processo diepiploite. Se esiste un vasto impianto di aderenze sulla faccia epatica la riduzione di mobilità si associa ad una trazione a destra della regione piloroduodenale, con frequente torsione della regione pilorica.

In questo caso nel processo periviscеritico è spesso coinvolta la cistifellea.

L'A. insiste perchè la colecistografia non venga mai trascurata in caso di sospettata periviscerite dell'addome D. Egli consiglia anzi d'iniziare l'esame dalla colecisti, per studiare i rapporti fra colecisti e digerente, poichè aderenze partenti tanto dal duodeno quanto dalla fossa ileocecale possono coinvolgerla. In caso di mancata replezione della cistifellea non bisogna dimenticare che essa può essere dovuta anche a strozzature ed a torsioni aderenziali. E anche quando la colecisti si opaca uniformemente prima di escludere una periviscerite ricercare attentamente le deformazioni aderenziali nella forma, nella topografia, e nella funzionalità.

In caso di periviscerite dell'addome D non va poi trascurato l'esame della fossa ileocecale anche se il radiologo ha già constatato rapporti anormali fra duodeno e colecisti, poichè il processo periviscеritico dell'ipocondrio D può avere punto di partenza da un'appendicite.

Questo sopratutto in caso di ectopia cecale: la disposizione anormale del ceco fisso in alto a ridosso del bordo epatico e la facile morbidità dell'appendice spiegano allora una sindrome dolorosa localizzata all'ipocondrio D. Se l'appendice si rende visibile, oltre alle caratteristiche alterazioni di lume, si potrà notare una spiccata fissità e persino una disposizione arcuata. Se essa non si inietta si avverte una viva dolorabilità spontanea e provocata nella regione del ceco.

Ma anche quando il ceco è in sede normale bisogna sospettare la periviscerite ascendente (che dalla fossa ileocecale si propaga all'ipocondrio) quando si rileva una dolorabilità della regione cecale che tende a propagarsi verso l'ipocondrio.

Anche la periduodenite essenziale dei francesi è spesso per l'A. di origine appendicolare, perchè accanto ai segni radiologici della periduodenite si trovano i segni di un'affezione appendicolare.

L'A. avverte però che il quadro radiologico non è sempre appariscente e di facile interpretazione. Quando ad esempio l'appendice non si inietta, manca un elemento essenziale per la ricerca di complicanze periviscerítiche. Se però il punto di maggior dolenzia sarà compreso fra il colon ascendente ed il trasverso, si penserà ad una periviscerite che abbia fissato l'appendice in alto; si potrà così nella donna escludere l'eventuale compartecipazione della sfera genitale, poichè raramente il processo periviscerítico di origine salpingitica si diffonde oltre la regione appendicolare. L'A. passa poi in rassegna i vari aspetti anatomo-patologici e funzionali della regione ileo-cecale e dell'ipocondrio D rilevabili all'esame radiologico in caso di periviscerite,

In conclusione l'A. sostiene che per ottenere in queste ricerche così sottili indizi realmente utili per giungere alla diagnosi precoce necessaria per i provvedimenti che ogni singolo caso impone, si richiede accanto all'indagine del radiologo una costante e paziente collaborazione del clinico il cui ausilio è impareggiabile nella valutazione di una così complessa sintomatologia. R. GARBINI.

La prova di Meltzer-Lyon nelle sindromi associate dell'addome destro.

(G. GUIDO. *Giornale di Medicina Militare*, fasc. IX, settembre 1932).

L'A. prima di esporre i risultati ottenuti con la prova di Meltzer-Lyon in pazienti affetti da sindromi associate dell'addome D, accenna alle varie modalità di tecnica per eseguirla e ricorda i vari tentativi fatti nell'intento di abbreviare la prova di Meltzer.

Non gli sembrano però efficaci nè le indicazioni di Jutte che consiglia di far progredire attivamente con la mano la sonda fornita di mandrino metallico, sotto il controllo radioscopico, nè quelle del Trossardelli che al mandrino metalico sostituisce una sospensione opaca allo schermo (solfato di bario o bromuro di sodio). D'accordo con gli AA. francesi, per ottenere direttamente la bile, egli preferisce ricorrere al sondaggio duodenale con le modalità dapprima indicate da Einhorn. Soltanto al momento dell'esame, egli fa bere al paziente già digiuno da 6-8 ore 300 grammi di acqua resa fortemente alcalina col bicarbonato di sodio (Jutte) per facilitare il rilasciamento pilorico. Egli sconsiglia invece la somministrazione di atropina o di farmaci analoghi che pur inibendo lo spasmo pilorico, inibiscono anche le secrezioni gastriche, le pancreatiche e quelle della bile alternando così i risultati della prova di Meltzer.

Le prove di Meltzer-Lyon fatte dall'A. vertono su soggetti normali, su infermi affetti da appendicite acuta e subacuta e su altri affetti da sindromi associate dell'addome D. con colecistite calcolosa o alitiasica. Tutti i reperti controllati radiograficamente e al tavolo operatorio lo conducono alle seguenti conclusioni:

La prova di Meltzer in soggetti a vie biliari normali dà costantemente indici di normale funzionalità: la bile B è più abbondante della bile A, bruna, limpida, con scarsissima quantità di albumina e di muco, rari leucociti, pochissime cellule epiteliali delle vie biliari, e all'esame batteriologico è sterile.

Nei casi di appendicite acuta e subacuta si hanno alterazioni della bile B che si presenta torbida con una discreta quantità di albumina, un buon numero di leucociti e di cellule di sfaldamento della cistifellea e delle vie biliari e con un reperto batteriologico spesso positivo. La constatazione di queste alterazioni non stupisce, poichè è ormai dimostrato come il primo inizio di una colecistite debba, nella maggioranza dei casi essere riferito ad un'affezione dell'appendicite o del tratto viciniore del grosso intestino. Tali alterazioni della bile B, quando la colecistite è al suo inizio possono scomparire in seguito all'appendicectomia.

Nei casi di colecistiti non litiasiche la prova di Meltzer mette in rilievo una bile B torbida e densa con abbondante albumina e muco, notevole numero di leucociti e di cellule di sfaldamento, esponenti queste della flogosi delle vie biliari. Vi si può riscontrare qualche cristallo di colesterina.

Nella colecistite calcolosa le suddette alterazioni sono più intense e denotano lo stato purulento della bile B. I cristalli di colesterina sono abbondantissimi. L'esame batteriologico risulta positivo. Ciò collima con l'opinione degli autori che vedono nell'infezione batterica della bile e delle vie biliari e nell'ipercolesterinemia le principali cause determinanti la calcolosi.

La prova di Meltzer-Lyon può fornire anche dei dati importanti sullo stato di tonicità delle pareti vescicolari (tempo di svuotameno) e sulla pervietà delle vie biliari e della cistifellea (quantità di bile B).

In conclusione per la diagnosi delle colecistopatie, l'A. considera la prova di Meltzer-Lyon un'indagine di grande valore. La colecistografia stessa per acquistare valore decisivo dovrebbe essere sorretta dai dati di una prova

di Meltzer. L'una e l'altra indagine si completano e perciò l'A. consiglia di non trascurare nessuna delle due prove per trarre dai due reperti comparati le conclusioni diagnostiche relative al caso. R. GARBINI.

Trattamento biologico della idatidosi umana.

(L. YMAZ APPHATIE - *Rev. Med. Latino-Americana*, settembre 1932).

L'A., che prende occasione da questo lavoro per rivendicare a sè e a Lorenz il metodo della deviazione del complemento per la diagnosi della echinococcosi, ha concepito, al fine di evitare gli accidenti post-operatori propri delle cisti, un metodo di immunizzazione con un derivato della tossina idatidea e ne ha studiato nello stesso tempo le proprietà.

Secondo quanto egli afferma, e noi vorremmo potergli credere, l'anatossina idatidea, assolutamente inoffensiva, scatena una azione netta non soltanto disanafilattizzante, ma anche in certo qual modo immunizzante, fatto dimostrato dalla sparizione degli anticorpi idatidei circolanti e dalle modificazioni del contenuto cistico.

Questo nuovo metodo di trattamento, che è stato finora controllato soltanto nell'echinococcosi umana, è ora allo studio nella idatidosi sperimentale del coniglio.

Dai risultati del suo lavoro clinico-sperimentale l'A. trae le conclusioni seguenti:

La tossina idatidea può trasformarsi, per formolizzazione a 1/4 ‰ e a 39° per la durata di un mese, in un nuovo derivato (anatossina) che mantiene le sue proprietà antigene primitive. Questa anatossina, iniettata in determinate dosi, è inoffensiva ed ha azione disanafilattizzante. La sparizione delle sensibilizzatrici nel siero dei portatori di cisti si fa lentamente e proporzionalmente alla quantità di anatossina iniettata, in relazione anche al volume delle cisti.

L'attività dell'anatossina idatidea può essere aumentata con l'eccitazione del sistema reticolo-endoteliale. Le modificazioni che subiscono le cisti dei soggetti che hanno ricevuto le iniezioni di anatossina idatidea, fanno credere all'A. che esse modificazioni sono da questa provocate e non avvenute spontaneamente.

E non saremo certo noi a distruggere tanta fede. G. LA CAVA.

Patogenesi e terapia della sclerodermia e parasimpatico spinale.

(K. KURÈ, K. YAMAGATA, Y. KANEKO. *Klin. Woch.*, 20 agosto 1932).

Ricerche praticate su cadaveri di individui affetti da sclerodermia diffusa, hanno dimostrato una anormale povertà di cellule parasimpatiche nel midollo di piccole fibre mieliniche nelle radici posteriori: tale anomalia sembra, per la mancanza di segni di degenerazione, congenita, e pare quindi sia da porsi in rapporto con una predisposizione alla sclerodermia. Nei territori cutanei sclerodermici si mette invece in evidenza una netta degenerazione delle piccole fibre mieliniche, delle fibre parasimpatiche cioè contenenti elementi trofici. Sembra quindi possibile porre in relazione la sclerodermia con un disturbo trofico rapportabile a tali alterazioni rilevate a carico delle fibre e delle cellule del parasimpatico.

L'applicazione giornaliera di una pomata di lanolina e pilocarpina all'1% sulle zone malate ebbe come effetto un notevole miglioramento delle lesioni, miglioramento che si manifestò al più presto dopo cinque giorni e al più tardi dopo un mese e mezzo dall'inizio della cura. Talora per tale trattamento si potè notare qualche sintoma di lieve intossicazione da pilocarpina. Anche le iniezioni sottocutanee quotidiane di 0,2 cc. di pilocarpina all'1% furono seguite dopo un periodo variante tra una e sei settimane da un miglioramento dell'aspetto della cute, che giunse nei casi più favorevoli a riacquistare un aspetto del tutto normale. L'azione della pilocarpina può essere interpretata o attraverso un meccanismo di stimolazione delle fibre alterate o delle fibre residue, o di eccitamento dei ricettori trofici della cute, rimasti attivi nonostante la distruzione delle fibre. PUDDU.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

WINTER u. NAUJOKS. *Die künstliche Abort.* Ed. F. Enke, Stuttgart, 1932. 2ª edizione.

Winter è già noto per il suo volume sulle indicazioni alla interruzione della gravidanza, che a suo tempo (1918) fece testo; pensando di portare le sue idee nel campo più vasto dei pratici, nel 1925 egli fece una trattazione più maneggevole, presto esaurita; ora assieme col Naujoks ne fa un'altra, che à gli stessi pregi di chiarezza e di completezza che fecero già rinomate le altre edizioni.

Il Naujoks tratta le indicazioni mediche, le intossicazioni gravidiche, le malattie dei genitali, le malattie dei vari organi ed apparati; lo sviluppo dato alla vasta materia è esauriente e modernissimo; non mancano capitoli sulle psicosi, sugli organi dei sensi, sulle malattie chirurgiche, sulle indicazioni roentgenologiche. Peccato che manchi un indice analitico, per chi voglia facilmente trovare questa o quella malattia; ma poichè l'estensione è limitata non

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

è difficile lo stesso orientarsi nei varii capitoli.

Winter à trattato le indicazioni sociali, eugenetiche; à affrontato il problema dal lato del diritto e della religione; ed infine sviluppa la tecnica della interruzione.

È una ottima guida dunque, anche se fra noi di meno sentita necessità, dopo la breve monografia di Gaifami (1922), e la recente ampia Relazione di Cova all'ultimo nostro Congresso, per non dire di altri. *p. g.*

LAQUEUR, WAGNER, V. D. VELDEN. *Bewertung der Ovarialtherapie.* Editore G. Thieme, Lipsia, 1933. M. o. 6.

È un libro di piccola mole, ma ben ideato, a cominciare dalla collaborazione fra un farmacologo, un ginecologo, un internista, quella collaborazione che è sempre utile nella disamina di molti problemi complessi.... (come nella ricerca scientifica, che sarebbe ben più fruttuosa, senza andirivieni..., se la collaborazione fosse più largamente adottata e più apprezzata... anche nei Concorsi!).

Nelle 108 pagine del volumetto non si può trovare tutto: basta accontentarsi di quello che può dare ed è molto, sopratutto perchè è ordinato, moderno, pratico. Basterebbe ricordare l'esempio delle 4 ultime facciate che riassumono schematicamente le direttive della terapia ovarica, per segnalare la utilità del testo anche per i medici pratici. *p. g.*

C. DANIEL. *La tuberculose génitale de la femme.* Vol. di 76 pag. in-8° con 17 figure. Edit. G. Doin, Parigi, 1932. Fr. 22.

Il chiaro ginecologo di Bucarest, già noto nel nostro campo appunto pure per suoi precedenti lavori sul tema della tubercolosi genitale, à ora raccolto in una ottima monografia le nozioni fondamentali di diagnostica e di cura della tubercolosi genitale femminile, nelle sue varie localizzazioni.

Dopo un breve cenno storico, sono trattate: le vie di infezione; i rapporti con la puerperalità; i vari accorgimenti diagnostici. Le varie localizzazioni sono descritte accuratamente e così le complicazioni intestinali, urinarie, polmonari, ecc.

La cura è disegnata nelle sue varie possibilità (medica, attinica, fisica, chirurgica). Chiude il volume una bibliografia dal 1925 in poi.

Questa parte terapeutica è molto ben condotta, con criteri eclettici, sulla base di una larga esperienza personale. Sulla parte anatomica e clinica noi siamo per così dire viziati dalla monografia di Pestalozza per trovare di meglio altrove. Il che non toglie merito a Daniel, il cui lavoro sta ottimamente a posto nella collezione « La pratique médicale illustrée » diretta dal Sergent e a tutti ben nota. E in essa doveva egli inquadrarsi! *p. g.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 2 dicembre 1932.

Presidente: Prof. F. VANZETTI.

Quali ammaestramenti medici igienisti e tecnici-urbanisti si possono trarre dallo studio della mortalità a domicilio per tubercolosi.

Prof. CRAMAROSSA. — L'O. riferisce i risultati ottenuti da accuratissime indagini sulla distribuzione topografica dei casi di morte per tubercolosi polmonare verificatisi nel decennio 1920-29 nella città di Torino; solo 63 fra vie, piazze e corsi, dislocati indifferentemente nei vari rioni, erano immuni dall'infezione e fra gli stessi corsi la mortalità si presentava tanto più grave quanto maggiore era l'affollamento e peggiori le condizioni economiche degli abitanti e più gravoso il lavoro per essi abituale.

Inoltre la mortalità domiciliare per tubercolosi polmonare presenta nelle zone periferiche un andamento non molto diverso da quello che si riscontra nelle zone centrali. In queste, oltre all'addensamento delle abitazioni, va preso in considerazione anche il fattore industriale, dato che notevole è il numero degli stabilimenti in esercizio in esse.

Nelle zone periferiche su tutti gli altri fattori predomina il soverchio addensamento edilizio e l'affollamento, che assume una superlativa importanza per le deficienti condizioni igienico-edilizie nelle quali si trovano le abitazioni.

Sulle caverne polmonari.

Prof. G. MALAN. — Presenta una serie di radiografie con caverne di vario volume, che si rinvennero fortuitamente alla radioscopia di polmoni di individui in condizioni floride e senza offrire alcun sintomo.

Talora le caverne già visibili radiograficamente non sono diagnosticabili clinicamente. Altre volte la radiografia non rileva che vaste opacità, che fungono da paravento, dietro il quale si diagnostica clinicamente la presenza di caverne.

Ritiene in base alla sua esperienza, fondata su migliaia di p., che l'operazione di Jacobäus, abbia scarse indicazioni e che l'apicolisi piombaggio sia meno indicata che la toracoplastica superiore in molti casi di grosse caverne. Ricorda infine la difficoltà di diagnosi differenziale tra caverne e sacche di gas da Pnt o spontaneo e ricorda i metodi di diagnosi.

Sulla pneumolisi ideale totale.

Prof. A. JACHIA. — Essa è indicata nei p. in cui le lesioni non sono più curabili colla semplice apicolisi e nei quali non si voglia ancora ricorrere alla toracoplastica; lo scollamento della pleura costale si fa come per l'apicolisi, ma estendendolo a tutta l'area costale, per cui occorrono una incisione anteriore parallela al primo spazio intercostale senza resezione costale e un'altra incisione laterale a livello della sesta costa, di cui si resecano tre cm. lungo l'ascellare media per far passare il dito. L'operazione va preceduta dalla frenico-exeresi, perchè non è possibile lo scollamento della pleura diaframmatica. L'operazione può solo in taluni casi sostituire la toracoplastica e viene perfettamente tollerata in anestesia locale.

Seduta del 9 dicembre 1932.

Convergenza dei bulbi oculari insufficiente nella paralisi periferica del nervo facciale.

Prof. G. ROASENDA. — Ritiene che debba trattarsi in tali casi di una exoforia per un disturbo latente dell'equilibrio muscolare dell'occhio, causato dalla paralisi del muscolo orbicolare delle palpebre. Prevale allora il tono dei muscoli protrusori del bulbo, fra cui quelli innervati dal simpatico (muscolo orbicolare di Müller, muscolo tarsale sup., e muscolo tarsale inf.).

Questo fenomeno avrebbe analogie con quello descritto da Möbius nella malattia di Basedow, colla differenza però che l'equilibrio turbato nei due sistemi antagonistici, muscolo orbicolare delle palpebre da un lato, muscoli innervati dal simpatico dall'altro, nella malattia di Basedow è conseguente ad ipereccitabilità del simpatico; nel fenomeno descritto dall'O., invece, alla paralisi del m. orbicolare palpebrale.

Le indicazioni fisiologiche e cliniche della stroboscopia laringea (presentazioni di apparecchi e pazienti).

Dott. R. SEGRE. — L'O. mette in evidenza l'importanza di questo metodo per indagare il segreto della funzione vocale. Esso ha valso ad eliminare le antiche teorie basate su paragoni fisici o su ipotesi, ha dato una chiara spiegazione del significato funzionale delle false corde e dei ventricoli, sulla direzione e sulla passività del movimento delle corde, sull'essenza dei vari registri. Ma la stroboscopia deve entrare nella clinica. Infatti i quadri che essa dà nelle laringiti acute, nelle paralisi ricorrenziali, dopo cordectomia nei noduli vocali, nelle disfonie funzionali, in tutte le alterazioni miopatiche o nelle infiltrazioni precoci delle corde vocali, hanno importanza non solo diagnostica, ma prognostica e terapeutica di gran valore. Infine lo stroboscopio permette l'impostazione di problemi funzionali e delle diagnosi che la laringoscopia non sa fare od imposta falsamente.

VILLATA.

Associazione Medico-Chirurgica di Alessandria.

Seduta del novembre 1932.

Ancora un caso di ciste da echinococco aperta nelle vie biliari.

Prof. FINZI (Alessandria). — L'O. ricorda un altro caso a lui occorso (*Arch. di Chir.*, 1925) e dice che l'interesse di queste osservazioni non è tanto legato alla rarità, essendo tale evenienza abbastanza frequente, quanto alla frequente difficoltà della diagnosi e alla relativa rarità dei casi chirurgicamente trattati. Nel caso particolare la diagnosi non venne fatta: la ciste, che da tre anni dava luogo ad attacchi colici simili ad accessi colelitiasici, non era clinicamente rilevabile, nè servì l'esame radiologico; erano sempre stati assenti i fenomeni, generalmente rapidi, di angiocolite e di sepsi della ciste; non esisteva tumore di milza; per cui la diagnosi non venne non solo fatta, ma neppure sospettata, forse anche per la rarità dell'echinococco nella nostra regione. La diagnosi clinica fu di angiocolite e nel dicembre 1929 venne eseguita una colecistectomia (coleciste piccola, retratta, con fatti notevoli di pericolecistite, ma senza calcoli). All'operazione seguì un anno di benessere dopo il quale si rinnovarono crisi dolorose violentissime, ma questa volta con brividi, febbre elevata ed ittero e quell'insieme sintomatologico, per cui, diagnosticata una raccolta fetida a contenuto biliare, la ciste che si estrinsecava verso la volta, venne trattata per via transpleuro-diaframmatica, conseguendo la guarigione. Analizza alcuni particolari interessanti del caso; discute il trattamento chirurgico e le due tendenze francese e americana ed esprime il suo pensiero già altra volta espresso: che non si possa stabilire un metodo o una tecnica operatoria precisa in un complesso di lesioni così varie per intensità e per dati anatomo-patologici.

Prof. FASANO (Asti). — *Ectasia duodenale cronica.*

Dott. CURRADO (Asti). — *Sopra un interessante caso di diabete infantile.*

Considerazioni sulle peritoniti.

Prof. FASANO (Asti). — Riferendosi alle recenti statistiche americane che danno una mortalità di 25.000 persone all'anno per causa di peritonite l'A. si domanda se non sia il caso di annodare alle attuali crociate contro la tubercolosi e contro il cancro, una crociata contro la peritonite. Crociata che non implicherebbe la mobilitazione di speciali energie e di nuove competenze, nè spesa alcuna, ma solamente un'opera diuturna di penetrazione e di persuasione sulla massa dei nostri ammalati. Passa in rivista le varie forme morbose preperitonitiche, ulcere gastro-duodenali, colecistiti, appendiciti, annessiti, ecc., e si domanda se non sia il caso di intensificare la nostra propaganda allo scopo di ottenere di operare in tempo utile questi ammalati ed attuare in tal modo una vera profilassi della peritonite.

Chè purtroppo l'intervento precoce è una pura formula, un pio desiderio dei chirurghi come lo dimostra la casistica quotidiana di peritonitici operati tardivamente, troppo tardivamente nel periodo in cui *sero medicina poratur.*

Diverticoli duodenali.

Dott. SARDI (Asti). — Dopo aver riassunti per sommi capi i criteri patogenetici e anatomopatologici dei diverticoli del canale digerente, l'A. presenta due casi di diverticoli duodenali, di cui uno congenito e l'altro acquisito (preulceroso).

Nel primo caso, appartenente ad una donna di 40 anni, il diverticolo non ha snidato segni di sè e fu identificato incidentalmente durante l'esame radiologico richiesto in seguito a modica enterorragia.

Il secondo è stato rilevato in prossimità del bulbo duodenale, fortemente alterato da probabile estesa cicatrice per antica ulcera, in un individuo che da molto tempo accusava dolori tardivi.

L'A. mette in evidenza le caratteristiche radiologiche dei due casi e ne discute la diagnosi differenziale con alcuni quadri patologici che con essi possono presentare analogie.

Sarcomatosi cutanea con diabete normoglicemico.

Dott. SOCINO (Asti). — L'A. riferisce sopra un caso di sarcomatosi cutanea con metastasi alle ghiandole linfatiche, associato a diabete normoglicemico.

Discute sugli eventuali rapporti fra le due affezioni. *Il Segretario*: dott. A. SALVINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

RILIEVI E COMMENTI.

L'urologia e il medico pratico

In una conferenza del prof. Taddei, riassunta nel n. 30 della « Minerva Medica », trovo due gruppi di affermazioni che si prestano a qualche commento. Egli sostiene che gli ammalati delle vie urinarie debbono essere curati in luoghi idonei, con mezzi adatti, da medici specializzati.

Tale specializzazione deve essere acquistata da chi ha solida preparazione chirurgica; sin qui si può convenire ed approvare. Ma successivamente egli afferma che il medico pratico si trova in condizioni d'insufficienza per arrivare alla diagnosi, che le sue concezioni diagnostiche si basano su vecchie tradizioni errate e vuole dimostrare con molti esempi che l'azione curativa del pratico reca danno all'uropatico. Ciò sembra inesatto: di qui la ragione del seguente punto di vista.

Taddei congegna un sillogismo: gli uropatici devono essere curati bene, i medici pratici curano male gli uropatici, quindi gli uropatici non debbono essere curati dai medici pratici. Come in ogni bisticcio del genere, le due prime parti vengono consegnate al lettore come dedotte, mentre sono affermate, per cui la conclusione è arbitraria.

Prima di entrare in merito e contrapporre argomenti, vale la pena di rilevare la discutibilità della tesi, segnalandone le conseguenze. E' noto che gli uropatici necessitano di lunghe degenze ospedaliere, ma sono di pubblico dominio le ristrettezze di bilancio di molti Comuni, i quali tentano con eterne diatribe di attenuare le spese ospedaliere. In questo stato di cose, seguendo le norme del prof. Taddei, un'altissima percentuale di uropatici, esclusa per le dette difficoltà finanziarie dalla cura degli urologi, non concessa — da lui — alla cura dei medici pratici per ragioni tecniche, verrebbe ineluttabilmente abbandonata senza cura: conseguenza assurda (forse nemmeno prevista dall'asserente) perchè il malato, prima ancora della libera scelta del curante, ha diritto, in caso d'urgenza, alla cura del medico più vicino... e quindi del pratico, per lo più condotto.

Ai medici pratici, allontanati dagli uropatici per motivi di... profilassi, resterebbe il ritorno all'Università per l'aggiornamento degli studi o per l'iscrizione in un'altra Facoltà. Nè si pensi che io esagero, perchè se la tesi del prof. Taddei fosse attuabile, e cioè al medico pratico fosse interdetta completamente l'urologia, potrebbero venire proposte nuove esclusioni avanzate da cultori di altre specialità. E in pratica si potrebbe così arrivare alla conclusione che: solo una piccola minoranza di malati abbienti potrebbe essere curata dagli specialisti; i quali, all'atto delle dimissioni degli uropatici, sarebbero costretti ad affidare i cateteri per le cure ulteriori ad infermieri ed agli ammalati stessi, gli uni e gli altri ritenuti da loro meno proletari dell'intelligenza o meno pericolosi dei medici pratici.

E' fuor di dubbio invece esistere nella urologia, come in ogni altra branca della medicina, un campo d'azione del medico pratico: comincia quando l'ammalato si spaventa dell'inutilità delle cure empiriche, si svolge con quel grado di competenza, sapienza, prudenza che costituiscono il patrimonio d'ognuno, termina dove e quando il pratico crede opportuna e doverosa l'azione dello specializzato. Nella sindrome, gamma polifonica, i cui componenti sono il grido espresso dal patimento d'ogni singolo organo, il pratico dipana il motivo dominante, il filo conduttore per giungere ad un abbozzo od all'edificio diagnostico. Non intendo dire ch'egli sia il più indicato per affrontare i quesiti diagnostici, ma bensì che in quel dato periodo di tempo, cioè nella prima fase del male: nella più larga estensione di spazio, ossia nel maggior numero di casi, occorrono gli estremi per la precisa tempestività del suo campo d'azione. Per cui, siccome il maggior numero di malati in genere non ha mezzi e comodità per recarsi agli specialisti, è indispensabile la funzione del medico pratico, il quale, se non esistesse, dovrebbe essere inventato.

***

Ecco quali, a mio giudizio, possono essere le prestazioni urologiche d'un medico pratico, in parte intravviste e generosamente concesse in passato dal Taddei stesso (*Riforma medica*, n. 41, 1924):

a) in caso d'ematuria, limitarsi a mettere un catetere in permanenza; più tardi richiedere il responso radiografico;

b) in caso d'urine torbide, differenziare i vari intorbidamenti dipendenti da uraturia, spermaturia, mucinuria, carbonaturia, fosfaturia, albuminuria — dimostrare l'esistenza di pus con l'esame microscopico del sedimento o almeno colla ricerca chimica (metodo di Donné);

c) fare la diagnosi di ristrettezza uretrale congenita od acquisita nei casi in cui l'età, la anamnesi o altri momenti causali soccorrono;

d) fare il cateterismo esploratore per accertare l'esistenza di calcoli sospettati in vescica;

e) praticare il riscontro rettale, abituando i sensi per rilevare se la prostata è grossa,

dura, irregolare, fissa, fluttuante, dolente, corredando con tali dati le relative supposizioni diagnostiche;

f) palpare bene un rene per dedurne se sia ectopico in rapporto allo stato generale, all'abbassamento d'altri organi, alla costituzione longilinea (Murri ci ricordava le donne del Botticelli), oppure se il rene è dolente od irregolare;

g) praticare asetticamente il cateterismo in caso di ritenzione acuta: non insistere e fermarsi se non riesce: se il trasporto del malato non è possibile, fare la puntura ipogastrica;

h) non lasciare perdere l'occasione di vedere se uno stato di sepsi è in rapporto diretto di causalità con una pielite o suppurazione renale, specialmente quando la piuria è assente o infermittente. (Casper, *Mediz. Klinik*);

i) ricondurre uno stato di male asmatico ritenuto anafilattico, alla sua vera natura renale, sulla base di segni di piccola uremia;

l) spiegare un quadro di anoressia, dispepsia o dimagramento con una ritenzione urinaria cronica in prostatico disteso;

m) individualizzare la più contingente patologia medica del rene.

Questo è quanto è lecito al medico pratico, fare di più può significare l'invasione del campo specialistico: questo poco sarà sempre fatto male da chi non sa e presume, a qualsiasi categoria medica appartenga: mentre il pratico, che si distingue per un sano equilibrio e per adeguato sapere, assolve bene le mansioni suddette costituenti la sua sfera d'azione, distingue il facile dall'arduo, dal proibito ed ha la percezione del momento in cui, esaurito il suo mandato, nella piena coscienza dei propri doveri verso gli infermi a lui affidati, cede il posto ad altri più esperti, più attrezzati e forniti di mezzi maggiori e ben diretti a più difficile compito.

Compie tale consegna, domanda tale aiuto volentieri, non per rimorchio imposto dal precipitare degli eventi, ma con quel collegiale cameratismo che è frutto di sana deontologia, di giusta interpretazione della divisione del lavoro e riconoscimento delle diverse e superiori capacità altrui.

* * *

Posso riconoscere col Taddei la giustezza della identificazione del vero urologo in chi, sulla solida preparazione chirurgica generale, ha innestata la competenza della specialità: e come sono esclusi da tale qualifica gli specialisti del catetere felicemente scolpiti dallo stesso, così logicamente i gratta-uteri bollati dal Giordano e gli specialisti dell'orecchio destro o sinistro, la cui figura viene delineandosi per forza di cose colla pletora. L'urologo vero si distaccherebbe da tali autospecializzati, oltrechè per la competenza superiore, sovratutto per l'attrezzatura mentale: nè, come loro, avrebbe una visione delle cose troppo angusta, una conoscenza parziale circondata da ombre, non considererebbe gli organi della specialità come il centro della compagine somatica, a differenza di quelli che vanno dimenticando vivere gli organi tutti in continuo scambio e consenso anatomico, funzionale, biochimico, senza preminenza o superiorità.

Di nuovo contro detti specialisti, improvvisati senza adeguata preparazione precedente, dirige in questi giorni i suoi strali il lungimirante Giordano, quando segnala « non l'errore diagnostico singolo ed accidentale, ma il grosso errore di metodo che si va preparando collo spezzettare la scienza e porre ogni capacità diagnostica nella miseria presuntuosa degli apparecchi, abdicando alla dignità dell'intelletto ».

Però l'urologo vero, derivando dalla chirurgia generale, conserva le stigmate e la sagoma del chirurgo; e poichè colla specialità è accresciuto il suo patrimonio intellettivo e si sente promosso allo stato maggiore del corpo medico, ritiene aumentata la distanza che lo separa dal medico pratico.

Così si spiega come il Taddei, illustre maestro di Chirurgia generale e di Urologia, veda il medico pratico sotto la luce di chi fosse quasi di categoria inferiore e di chi « per l'orgoglio del suo animo che lo trattiene dal confessare la propria ignoranza, preferisce esprimere le antiche diagnosi spesso assurde », cioè colla piena colpa derivante dalla coscienza di fare il male, mentre altri potrebbe fare il bene.

Della giusta considerazione concessa dai nostri grandi Maestri al medico pratico, molteplici furono le prove individuali e collettive. Essi sapevano le difficoltà inerenti alla trama del lavoro, la fallacia dell'umano giudizio, avevano la coscienza che il sapere medico è continua aspirazione a sollevare qualche velo del mistero che la conoscenza d'ogni argomento (anche il più facile) non è mai intera e completa, che l'errore, patrimonio comune, non consiste nell'ignoranza isolata d'un singolo campo, ma bensì nell'inosservanza dell'indirizzo logico, dell'osservazione ragionata.

Non è detto che il giudizio del prof. Taddei sia condiviso dagli altri grandi Urologi e Chirurghi generali, e può essere che la loro schiera nobilissima si informi ad altro spirito e guardi al medico pratico con più serena equità.

Certo, quando noi si era alle prese con un malato di difficile diagnosi, spremuto il meglio del nostro cervello, dalla condotta si portava l'infermo al Clinico medico o chirurgico

dei quali con venerazione conservavamo la memoria. Dopo uno studio del caso, superiore alla preparazione per un esame, il nostro arrivo in Clinica (un tuffo nell'onda dei ricordi) era improntato ad accoglienze oneste e liete: l'esame del malato fatto dall'Aiuto in presenza della studentesca, l'onore della discussione col Professore: eravamo paghi se veniva riconosciuto il nostro rispetto allo spirito e indirizzo della Scuola con un esame semeiotico non errato, con un ragionamento e un'interpretazione logica dei fatti. Discussioni teoriche, letture intelligenti dei reperti di laboratorio, finezze differenziali, intuiti d'aquila erano retaggio del Clinico — in sede di lezione — nella quale il nostro modesto contributo veniva giudicato con signorilità di tatto e misura.

Chi poi ne riportava un cenno di lode od una espressione di rincrescimento per essere stato tolto alla via scientifica per colpa della condotta, ritornava al paese senza orgoglio o rimpianto, saturo di bontà e avido di sapere, doti che più tardi avevano un benefico sbocco nella assoluzione delle più modeste e disagiate mansioni.

Come dovrebbe essere diverso accompagnare un uropatico al prof. Taddei dopo le dichiarazioni del medesimo! Se anche l'esposto del pratico fosse esatto e arricchito dei fatti di gabinetto (studio dosimetrico dell'azoto nel sangue, dell'urea, dei cloruri, ecc.), il dubbio che il Taddei stesse ricercando il deficit del pratico per classificarlo e per etichettarlo nel casellario delle cause degli errori medici, dovrebbe, per trauma psichico, agire come fenomeno inibitorio.

Probabilmente il prof. Taddei è di quella categoria che ritiene l'autorità del pratico (termine generico che si personifica nel medico condotto) un mito, una leggenda..., una autorità cui si danno i titoli abusati di sentinella avanzata, apostolo e pioniere della civiltà, mentre in realtà la si vuol considerare una quantità trascurabile.

Penso sia lontano dal vero: oltre alla propaganda igienico-sociale condotta colle parole, coll'esempio, coll'esposizione costante al pericolo, oltre all'opera di persuasione, diffusione ed esaltazione dei valori trascendentali del nuovissimo risorgimento nazionale, resta l'opera tecnica personale del pratico, mirabile sintesi di sapere, di azione, di equilibrio, di sacrificio, la quale recentemente ha avuta la sanzione di Chi, per fortuna nostra, governa i destini della Patria.

*
* *

Come dicevamo poco prima, è dubbio che fra il Taddei e gli altri principali Urologi esista perfetta aderenza d'idee, come appare evidente nella polemica col de Gironcoli, dalla quale è risultato che:

1) l'errore del Taddei consiste proprio nel modo di concepire la specialità riducendola ad un complesso di atti manuali facilitati dal perfezionamento dello strumentario (De Gironcoli);

2) pur essendo la specialità coltivata e perfettamente conosciuta da noi, chi vuole impadronirsene deve andare all'estero: tale inferiorità, solo apparente, è ingiusta ed illogica, perchè dovuta ad incoordinazione di mezzi e d'energie intelligentissime e perchè manca una corrispondente organizzazione didattica ed ospedaliera (Lasio);

3) l'urologia che spazia in tutti i campi della medicina e chirurgia, non consiste solo nella tecnica diagnostica e tecnica operativa: al di sopra di questi pilastri sta la clinica, la grande Maestra alla quale i medici tutti si sono sempre affidati come ad una guida sicura (v. Lichtenberg).

A tali eminenti uomini al dire di de Gironcoli non calza il giudizio del Taddei stesso « di tener di mira più la forma che la sostanza, più la reclame che la scienza, l'interesse professionale del medico che l'interesse del malato ». Precisamente di fronte a tali... argomentazioni del Taddei per analogia, balza legittimo il dubbio che anche le argomentazioni dello stesso verso i medici pratici rappresentino sue opinioni personali, frutto di visioni dottrinarie o di abituale dissenso.

*
* *

E per tornare al succo della conferenza, riguardo agli errori diagnostici..., chi è senza peccato scagli la prima pietra; è noto che tutti possono commetterne: più ne commettono i pratici perchè sono in numero maggiore ed hanno insufficenza di mezzi diagnostici. Quindi maggiormente degno d'encomio il Taddei (*Riforma medica*, n. 6, 1925) quando confessa d'avere cercato di rendersi ragione degli errori diagnostici commessi e degli insuccessi.

Certamente ha avuto la mano pesante nella conferenza sopra citata e meno felice ancora è il suo pensiero (*Riforma Medica*, n. 29, 1930) quando nelle cause degli errori medici oltre alla insufficenza di coltura e di competenza, enumera la mentalità inadatta, la deficenza di logica e di raziocinio e la mancanza di coscienza.

Ad elevare il tono e la dignità della vita professionale è da formulare il voto che il Clinico chirurgico, in attesa del Clinico Urologo, insegni ciò che il pratico può e deve fare anche in Urologia e lo educhi a farlo praticamente. Il medico pratico seguiti a studiare, procuri di vedere, non abbandoni i propri ammalati durante le degenze, si renda conto che certe piccole manovre doverose sono accessibili a chi intende acquisirle con passione d'intelletto, metta in opera gli insegnamenti ri-

cevuti e giunto al limite della sua sfera di azione, dia il posto a chi ha l'ali per più potente volo.

Le parole del Prof. Taddei (occasione alla presente risposta derivata dal tono di generalizzazione continuamente impartito allo spirito della conferenza), non debbono essere motivo di offesa o amarezza. Anzi ho cercato di interpretarle come dirette, sia pure in modo chirurgico, al nostro elevamento intellettuale e superamento spirituale.

Del che io lo ringrazio: tanto più che a titolo di permanente conforto restano sempre le parole d'un grande vegliardo, del Nestore della Medicina Italiana:

« C'è ancora bisogno di sfatare l'autorità degli sperimentatori, dei Clinici, dei libri, dei giornali, di tutto, per mettere all'alto posto che loro spetta l'osservazione e la critica spregiudicata e razionale di tanti medici che lavorano, pensano ed aspirano a migliorare la vita umana nelle borgate, nelle spiagge, nei monti ».

Ed è Murri, il clinico aristocratico per eccellenza, che, come allora, parla ancora dei medici condotti, i pratici per antonomasia.

Dott. GIOVANNI BERGAMINI,
med. condotto a San Felice sul Panaro (Modena).

Mai potevo immaginare che alcuni concetti, espressi in una conferenza di quasi due anni fa (31-III-1931) all'Accademia medica di Pistoia, fatta a scopo didattico per *medici pratici*, fossero così travisati come nelle osservazioni che il dott. Bergamini ha creduto di fare.

Egli ha costruito dei sillogismi, che io non ho neppure mai sognato di pensare, e me li affibbia.

Io ho voluto, come è detto ben chiaramente in quella conferenza, illustrare 2 punti:

1° che numerosi sono i pregiudizi e gli errori tradizionali della pratica nel campo dell'urologia;

2° che la semejologia tradizionale è diventata del tutto insufficiente, anche solo per una diagnosi incompleta o di probabilità.

La colpa non è dei medici, anche ottimi, anche al corrente dell'evoluzione medico-chirurgica moderna: la colpa è del progresso incessante.

In certi campi, come l'urologico, 30 anni fa poteva bastare l'occhio clinico, la vista, il tatto, il buon senso; potevano bastare ricerche od osservazioni, che oggi ci appajono grossolane, per fare delle diagnosi, oggi evidentemente errate in gran parte e che non reggerebbero alla più elementare critica. Oggi si sono fatti passi giganteschi e si può arrivare a diagnosi precoci, precise, con particolari documentati indiscutibili, solo se si impieghino i numerosissimi mezzi strumentali, di laboratorio ecc., che sono a disposizione di pochi e che solo da chi vi si dedichi *ex professo* e ne acquisti il tecnicismo e l'esperienza possono essere applicati.

Non sono io che concedo generosamente o no, quali siano le prestazioni urologiche possibili ad un medico pratico: è la forza della evoluzione scientifica: è la coscienza che il sapere ed il fare si sono allargati così che non possiamo più tutto sapere e tutto fare e che, se vogliamo far bene, dobbiamo limitarci a quello che ci è possibile e fattibile per il bene supremo del malato.

Anche noi chirurghi generali cediamo ogni giorno qualche cosa del nostro campo: sulle prime ci crediamo defraudati e protestiamo: ma infine dobbiamo superare il nostro conservatorismo e convenire che non possiamo far egualmente bene e la chirurgia nervosa e l'ortopedica e l'urologica e l'otolaringologica ecc. e che è necessaria (e più sarà in avvenire) questa limitazione dei campi di lavoro.

Non è qui il caso di ritornare sull'argomento come debbano essere formati gli specialisti urologi, sul quale argomento il dott. Bergamini pure entra e si diffonde. È questo un argomento che entra solo in modo molto secondario nella questione dell'urologia del medico pratico e sul quale ho già altra volta discusso.

Nessuno più di me tiene nella più alta, nella più ammirata considerazione il medico condotto, che per fare il meglio possibile, deve combattere contro difficoltà talora invincibili, che mancano a noi, che lavoriamo in ambienti moderni bene attrezzati in un limitato campo di lavoro, colla vicinanza di istituti e di colleghi, a cui facilmente inviare il caso, nel quale ci sentiamo incompetenti.

Tutta la lunga parte delle osservazioni dell'articolo del dott. Bergamini, che riguarda la considerazione, nella quale deve essere tenuto il medico pratico ed il medico condotto in questi tempi di giusta valutazione dei valori spirituali, non si possono riferire a me.

Nulla può servire meglio ad elevare il valore di un professionista, che curare il miglioramento della sua opera.

E tale miglioramento non si può avere se non determinando i limiti dell'opera esatta, studiando gli errori più comuni ed i modi di evitarli, combattendo le tradizioni sorpassate, i pregiudizi ormai vinti, le tecniche ormai superate.

Se il dott. Bergamini mi conoscesse e venisse da me, come gli allievi ormai vecchi e numerosi, come gli altri numerosissimi medici pratici, potrebbe convincersi con quale collegiale accogliente fraternità cercherei di risolvere insieme a lui il problema clinico.

Prima che sugli altri la ricerca dei deficit e le cause degli errori viene fatta su me stesso. Mettere in evidenza deficit e cause di errore è il fondamento per riparare e per non ricadervi

nell'avvenire: e ciò non può avere, per chi solo desidera migliorare la sua opera ed accrescere il suo sapere, un'azione inibitoria, ma anzi stimolante a migliorarsi progressivamente.

Le osservazioni e le esemplificazioni riferite in quella conferenza (fatta da uno che ha la missione di insegnare le nozioni necessarie alla pratica chirurgica ed i limiti che sono giusti nell'interesse del malato ed anche del medico), erano (come del resto in quella conferenza è detto chiaramente) ben lungi dall'avere una ispirazione reclamistica o monopolistica per parte del chirurgo o dello specialista urologo; erano dettate da una ispirazione più alta: di elevare cioè e di indirizzare secondo le direttive, che l'esperienza moderna consiglia, l'opera di quelli che, forniti di mentalità chirurgica, di robusta logica clinica, di alta coscienza, vogliamo definire i limiti che (nel campo dell'urologia) non possono essere varcati quando ne mancano i mezzi, se si vuole fare solo il bene del malato.

Il tono di generalizzazione che il dott. Bergamini ha voluto vedere in quella conferenza è semplicemente un tono di impersonalità. Quelle osservazioni erano rivolte in modo generico senza distinzioni a quelli, che non volessero tener conto che è necessario conoscere certi tecnicismi moderni, saperli applicare, seguire l'incessante progredire scientifico non basato sul conservatorismo e sulla tradizione, se si vuole arrivare, come oggi è possibile nel massimo numero dei casi di Urologia, a quell'esattezza e completezza e documentazione delle diagnosi, che quasi si può dire matematica, ed alle razionalità indiscutibili delle cure.

L'ingegno, il buon senso, la critica spassionata e razionale, l'elevatissima importanza sociale del medico Italiano ecc., sono fuori discussione. Esse non possono bastare a risolvere dei problemi, che possono essere risolti solo su basi tecniche. D. TADDEI.

Pisa, 12-12-32-XI.

CASISTICA E TERAPIA.

L'ipertensione nella pratica generale.

A. Raff (*South Afric. Medic. Journal*, 8 ottobre 1932) rileva che misurando la pressione sistematicamente in tutti i malati si constata come l'ipertensione sia più frequente di quanto può apparire e che è associata a manifestazioni cliniche svariatissime.

La maggioranza dei casi visti dall'A. riguarda donne obese che sono all'epoca della menopausa o l'hanno superata (64 % dei casi). Nel 22 % dei casi l'ipertensione è associata a disturbi renali.

C'è un'ipertensione di tipo nettamente familiare che colpisce diverse generazioni.

C'è anche un'ipertensione dei forti bevitori e mangiatori, come pure quella degli intossicati da Pb., dei luetici e degli arteriosclerotici.

L'ipertensione può decorrere senza sintomi speciali o essere accompagnata da disturbi psichici (stati ansiosi, depressivi). Se ci sono disturbi renali tre sintomi sono quasi costanti: cefalea (o anche senso di pesantezza alla testa), diminuzione notevole della vista e dolore alla schiena.

Per quel che riguarda la cura è più importante occuparsi delle condizioni generali del paziente piuttosto che della cifra della sua pressione. Ma anche questa ha la sua importanza nel senso che più è elevata e maggiori sono i pericoli. Lo stato psichico dell'iperteso va curato in modo particolare anche e specialmente perchè esso si ripercuote sempre sulla pressione.

I nitriti, gli iodici e i purganti salini non dànno risultati. Il bromuro e il luminal possono essere utili nei soggetti eccitabili. Nella dieta è necessario ridurre le proteine. Il moto moderato è indicato quasi sempre.

L'A. consiglia dieta senza grassi nè zucchero da seguirsi indefinitamente nei soggetti grassi, dopo che con una dieta rigorosissima si è ottenuta una notevole diminuzione del peso. Se questa non si riesce ad ottenere l'A. fa delle iniezioni di latte sterile con *B. coli* per provocare shock proteinico. Se si tratta di donne in menopausa sono utili degli estratti pluriglandolari.

L'applicazione generale di diatermia riduce sensibilmente la pressione del sangue senza però portarla al normale.

In alcuni ammalati, specialmente nei renali, l'ipertensione è un fenomeno compensatorio e l'abbassamento della pressione provoca dei disturbi.

L'A. ha avuto anche dei buoni risultati dai raggi ultravioletti, forse perchè liberano una sostanza istaminosimile. R. LUSENA.

Ipertensione e rene.

Max Rosenberg (*Deutsche Medizinische Woch.*, 5 febbraio 1932) rileva che le uremie azotemiche di alto grado e pure mortali, consecutive a raggrinzamenti o ad alterazioni renali secondarie ad infezioni ascendenti (pielonefriti), a stasi urinarie croniche (idro-pionefrosi), a tbc. o a degenerazione cistica di ambedue i reni, producono ipertensione ed ipertrofia di cuore assai più raramente del raggrinzamento renale consecutivo a nefrite cronica o ad affezione vasale primitiva (nefrosclerosi maligna).

Quindi ogni insufficienza renale senza ipertensione e ipertrofia di cuore deve far sempre sospettare la diagnosi di una delle malattie suaccennate e della degenerazione amiloide.

Questi fatti portano a dubitare dell'ipotesi patogenetica che spiega l'ipertensione renale

con il fatto meccanico del diminuito passaggio di sangue attraverso al territorio vasale renale e portano invece ad ammettere un meccanismo chimico. La sostanza ad azione ipertensiva sarebbe prodotta in diversa misura nei due gruppi di insufficienze renali.

M. TORRIOLI.

Ipertensione primaria nel bambino.

Ne ha descritto un caso Alan Moncrieff (*Proceed. of the Roy. Soc. of Medec.*, giugno 1932), in un bambino di 11 anni che aveva avuto tonsillite qualche mese prima che comparisse un'ipertensione accompagnata da cefalea. La cefalea diminuì dopo estirpazione delle tonsille, mentre la pressione si mantenne alta. Il cuore non era aumentato di volume, non c'erano alterazioni renali (non albuminuria, non iperazotemia, non disturbi della concentrazione). Nessun caso di ipertensione c'era nella famiglia di questo bambino il cui caso ricorda quello già pubblicato da Hutchinson e Moncrieff di una bambina di 8 anni la quale morì con sintomi cerebrali ed ipertensione e non presentò alterazioni renali nè di altri organi che potessero spiegare la malattia.

R. LUSENA.

Una valutazione dei risultati terapeutici nell'ipertensione essenziale.

D. Ayman (*The Journal of the Amer. Medic. Assoc.*, 26 luglio 1930) rileva che durante l'ultimo decennio sono comparsi oltre duecento lavori sui successi nella terapia dell'ipertensione essenziale, ma l'impiego di medicine e di metodi sempre nuovi e la mortalità elevata degli ipertesi indicano che ancora non si conosce la cura adatta. L'analisi accurata dei risultati ottenuti finora può costituire un progresso permettendo di rilevare le deficienze dei vari metodi.

Dall'esame dei 35 articoli presi a caso risulta che quasi ogni articolo rileva un miglioramento completo e parziale dei sintomi mentre solo la maggioranza dà una diminuzione modica della pressione arteriosa e solo in pochi casi la riduzione è notevole.

Il miglioramento dei sintomi è molto più rilevante del miglioramento della pressione e questa differenza è più imponente se si considera che spesso sono registrate differenze in meno di pressione 20-30 mm., differenze che difficilmente si possono distinguere dalle variazioni spontanee così caratteristiche anche nei casi non sottoposti a terapia. Inoltre si ha spesso miglioramento sintomatico senza modificazioni della pressione. Il miglioramento dei sintomi mentre la pressione non si modifica o si modifica poco indica che ogni medicamento deve avere un'azione specifica oltre un'azione comune a tutti questi farmaci. Quest'elemento comune è, secondo l'autore, la suggestione. A conferma di questa asserzione l'A. cita i risultati da lui ottenuti curando 40 ammalati col metodo seguente: i malati, anche se da molto tempo in osservazione, venivano nuovamente sottoposti ad un lungo esame anamnestico ed obbiettivo; poi si prescrivevano 10 gocce di acido cloridrico diluito da prendersi in mezzo bicchier d'acqua 15 minuti prima di ogni pasto, 3 volte al giorno, e se ne magnificavano i risultati invitando i pazienti a farsi rivedere una volta alla settimana. In questi 40 ammalati non si fece nessun'altra terapia. La cura fu continua per un periodo vario, da 2 settimane a 2 mesi. Si ebbero questi risultati: in 33 malati (82 %) si ebbe netto miglioramento dei sintomi, i malati erano contenti e avevano più energia ed un senso di benessere. Nella maggioranza dei casi il miglioramento comparve dopo una sola settimana di questa cura. Tale cura provocò in alcuni dei fenomeni subbiettivi: uno si sentiva molto stanco subito dopo la somministrazione ed aveva bisogno di sdraiarsi un po', un altro aveva prurito generalizzato.

Questa terapia dell'ipertensione coll'acido cloridrico non è certamente specifica. La sua efficacia si può spiegare solo ammettendo che i sintomi che accompagnano l'ipertensione possano migliorare sotto influenze psichiche e il problema merita ulteriori indagini.

R. LUSENA.

La terapia chirurgica dell'ipertensione arteriosa col metodo di Pende.

Il trattamento chirurgico dell'ipertensione proposto da Pende consiste nel sezionare il nervo splancnico sinistro, col doppio scopo di diminuire la funzione adrenalino-secretoria e di combattere l'ipertonia del territorio vascolare addominale, che ha una parte importante nell'elevazione della tensione arteriosa, a causa dei suoi riflessi vaso-motori.

Secondo quanto riferisce G. Santucci (*La clinique*, genn. 1932) recentemente L. Durante eseguì la resezione del grande e del piccolo splancnico sinistro, in un caso di gangrena giovanile per endoarterite obliterante ed in un caso di morbo di Raynaud generalizzato, entrambi accompagnati da ipertensione arteriosa. Questa, dopo l'intervento, diminuì progressivamente.

L'ipertensione va combattuta nei casi in cui essa è apparentemente primitiva e quando costituisce un pericolo per il malato. In questi casi, i medicamenti ipotensori più noti non danno che abbassamenti transitorî, seguìti da consecutive elevazioni nocive al sistema cardiovascolare, stancando i suoi sistemi regolatori. La sezione degli splancnici darebbe invece una caduta della pressione durevole e tanto più notevole quanto più elevata era la pressione in confronto della normale.

fil.

Il trattamento dell'ipertensione eredo-sifilitica nel bambino.

G. Genevrier (*Questions cliniques d'actualité*, vol. III, Masson et C.ie, Paris, 1932) osserva che ogni tensione arteriosa *permanente* che sia superiore di 20 mm. alla norma va considerata come patologica. Normalmente la pressione massima dovrebbe essere: da 1 a 4 anni, 90; da 5 a 7, 90-120; da 7 a 12, 110-130; per la minima, rispettivamente 40; 60-80; 60-80.

Il trattamento specifico non ha alcuna influenza sulla pressione. Si deve ricorrere soprattutto al regime igienico e dietetico per impedire almeno l'aggravamento della sindrome. Evitare ogni affaticamento e sorvegliare quindi il bambino anche nei giuochi per metterlo subito a riposo quando si manifesta il minimo ansamento.

Il regime alimentare non può essere di assoluta severità, tanto più trattandosi di esseri in via di accrescimento.

La cura medicamentosa sarà delle più semplici; soltanto se il cuore presenta un lieve grado di eretismo, si prescriveranno gli antispasmodici, come la valeriana associata o non al crataegus od alla passiflora.

Molto utili sono gli joduri, per i quali si dovrà tener conto della tolleranza individuale. L'A. prescrive:

Joduro di arsenico	cg. 5
Bijoduro di potassio	cg. 15
Joduro di potassio	g. 3
Acqua distillata	cmc. 50

10-40 gocce al giorno, secondo l'età. 20 gocce contengono un mg. di joduro di arsenico, 3 di bijoduro e 30 cg. di joduro.

Indirizzata in tal modo la cura, si può sperare di mantenere la tensione arteriosa alla cifra rilevata sul principio, con miglioramento evidente dello stato generale, e di far sì che, arrivato all'età adulta, il paziente non si trovi in periodo di grave scompenso. *fil.*

SEMEIOTICA.

Asimmetria delle mammelle femminili da malattie pleuriche.

Non è raro rilevare delle asimmetrie nella grossezza, forma e consistenza delle mammelle femminili, esclusa l'influenza di gravidanza o di allattamento; tali asimmetrie si osservano specialmente in conseguenza di processi endotoracici. Al lato della lesione corrisponde in qualche caso la mammella più piccola, in altri quella più grossa; più raro è il reperto di una mammella pendente unilaterale.

A. Sattler (*Wiener Klin. Wochens.*, 22 luglio 1932) riporta quattro osservazioni in ragazze dai 13 ai 19 anni, che avevano avuto processi tubercolosi polmonari con compartecipazione della pleura e che presentavano asimmetria delle mammelle.

Per spiegare la patogenesi, l'A. ricorda le osservazioni di Sorgo sulle modificazioni della cute e del tessuto sottocutaneo negli stati patologici della pleura parietale; si ha una succulenza ed un'aderenza della cute, come conseguenza della stasi linfatica. L'osservazione dimostra la costanza del parallelismo dei fenomeni da parte della cute del torace e della mammella dallo stesso lato della lesione pleurica. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA.

Modificazioni della composizione proteica del siero di sangue nel corso dell'edema polmonare acuto.

Per quanto i disturbi dell'equilibrio proteico del siero di sangue nel corso dei disturbi cardio-vascolari siano stati oggetto di numerose ricerche, poche concernono espressamente le crisi di edema polmonare acuto. Gli AA., avendo fatto dei dosaggi in serie, in tre malati, hanno trovato, al momento della crisi, un aumento netto delle proteine del siero di sangue, aumento che riguarda tanto la sierina che la globulina, aumento seguito, dopo poco tempo, da una diminuzione netta, con elevazione relativa del quoziente sierine:globuline.

Quanto alla patogenesi delle modificazioni proteiche osservate, (A. Clerc, J. Sterne, J. Delamare e R. Paris. *Bull. et Mém de la Soc. Méd des Hôp. de Paris*, 11 luglio 1932), ritengono che non si possa, per ora, che avanzare qualche ipotesi. Ha importanza il brusco squilibrio cardio-polmonare? Si deve pensare ad una ripresa supplementare, da parte del torrente circolatorio, della sierosità albuminoidea versatasi negli alveoli polmonari? Sono questioni alle quali non si può oggi rispondere. C. TOSCANO.

Diminuita resistenza globulare nelle malattie intestinali.

H. Schwarz e M. Tanhenhaus (*Klin. Woch.*, n. 25, 18 giugno 1932), descrivono due casi di grave malattia dell'apparato gastro-enterico, e cioè uno di ulcera gastrica e colite ulcerosa, ripetutamente operato con ampia sezione dell'intestino, ed uno di colite ulcero-membranosa.

Ambedue i malati presentavano marcata anemia ipocromica e netta diminuzione della resistenza globulare. Esisteva poi tumore di milza, ma nessun segno di ittero emolitico.

Nel sangue, invece, fu rilevata ripetutamente una ipocolesterinemia persistente.

Essendo conosciuti, per i lavori di vari autori, i rapporti che intercorrono tra contenuto colesterinico ematico e resistenza globulare, si spiega facilmente questo reperto di diminuita resistenza, il quale non sarebbe stato mai fin qui descritto nelle affezioni intestinali. M. FABERI.

Corrigenda. Nell'articolo del dott. F. Leti sulla ricerca microchimica dell'acetone, n. 45 del 1932, p. 1732, l. 16, leggere: roseo.

VARIA.

La fagomania.

M. Labbé (*Paris médical*, 2 luglio 1932) richiama l'attenzione su questa affezione frequente, che si trova all'origine di molti casi di obesità. Essa si manifesta talora con dei caratteri eccessivi che ne fanno un vero disturbo mentale, ora invece con una benignità apparente che ne fanno una variante della ghiottoneria. Tale è il caso citato dall'A. di una ragazza obesa che consultava tutti i medici senza seguirne mai i consigli e che si sottoponeva alla sovralimentazione per timore di sentirsi debole. Aveva un appetito notevole e, quando desinava alla trattoria, si faceva portare dopo il caffè dei panini imbottiti e, nell'intervallo dei pasti si rimpinzava di cioccolato.

I grandi stati di fagomania non sono rari ed ancora più frequenti i piccoli, che sono diffusi dovunque. Si vedono spesso delle signore che si lamentano d'ingrassare e che rifiutano di ammettere che la causa reale del loro ingrassamento è l'eccesso di nutrizione. Ingannano sè stesse e chi le circonda, ma non il medico che sia un buon osservatore e che le veda a mangiare. Qualche volta, sono capaci di fare uno sforzo per frenare il loro appetito, ma ricadono ben tosto nel loro peccato, fino a che l'obesità non abbia fatto di loro delle vere malate.

In presenza di tale impotenza a comandare al proprio corpo, si ha l'impressione che si tratti di uno squilibrio del sistema nervoso, tanto più che anche i piccoli fagomani compiono degli atti assurdi come i grandi; mentono e tentano d'ingannare, trovano delle ragioni per giustificare la loro sovralimentazione. Tutte le cause ne sono psichiche e non si trova affatto modificazione del metabolismo basale. Non vi è che un appetito eccessivo, che viene il più spesso soddisfatto con determinati alimenti (dolci, pasticcini, ecc.); non si tratta che di un'esasperazione della ghiottoneria. In altri, invece, la scelta si fa su cibi solidi, carnei, giustificando l'eccesso di alimento col timore di debolezza, di sfinimento; alcuni mettono, nel fatto di mangiare più degli altri una specie di orgoglio: carattere degli isterici e dei pitiatici di cercare di distinguersi dagli altri con un carattere qualsiasi.

Per alcune donne, l'estetica è il *primum movens;* la maggior parte, è vero, domanda piuttosto di dimagrire; ma spesso la donna che sente appressarsi la vecchiaia e sorveglia le sue rughe sente il desiderio di colmarle e si sovralimenta; a queste, ogni consiglio di dimagrire cade nel vuoto.

La fagomania si acquisisce a tutte le età; spesso, essa incomincia verso la fine della vita sessuale, non già per ragioni endocrine, ma perchè l'avvicinarsi della vecchiaia riduce il numero dei piaceri. Talvolta, essa incomincia in età più giovanile ed è allora il risultato dell'educazione cosciente od incosciente data dai genitori. Nelle famiglie dei grandi mangiatori, l'abitudine della sovralimentazione viene imposta già al feto nell'utero materno e cresce e si sviluppa con l'età. La comparsa in alcuni ambienti familiari dell'obesità, nei genitori e nei figli fa credere spesso ad un'eredità, che non esiste affatto, trattandosi soltanto di un'abitudine che viene imposta.

Tutto lo studio della fagomania mette in primo piano l'idea morbosa. Non si deve certamente concludere che l'obesità è il risultato di una malattia psichica; è un fatto che l'elemento nervoso ha in essa una gran parte, come l'ha nel diabete grasso ed in molte dispepsie. Ma non è mediante un disturbo del sistema nervoso della vita vegetativa o della nutrizione che la fagomania agisce sull'organismo; la sua azione risulta dal fatto che l'idea fissa patologica impone all'organismo degli atti assurdi e dannosi.

Quindi, il trattamento della fagomania deve consistere anzitutto nella rieducazione psichica dell'individuo; educazione difficilissima perchè tutti i fagomani, come gli alienati rifiutano, in generale di lasciarsi guarire.

È difficile impedire al fagomane di mangiare, come impedire all'alcoolista di ubbriacarsi ed al morfinomane di farsi le iniezioni. Il trattamento può essere fatto efficacemente soltanto in asili, in cui il malato sia sotto la continua sorveglianza del medico ed il suo psichismo ne venga trasformato.

Alcuni metodi violenti come la tiroxina fanno scomparire l'obesità, ma non guariscono la fagomania. Appena sfuggito alla sorveglianza medica ed alle iniezioni di tiroxina, l'individuo ricade nel suo vizio morale ed *i* benefici del dimagramento scompaiono. Il trattamento della fagomania va quindi fatto molto precocemente per impedire che le abitudini viziose si installino. È altresì importante far entrare l'educazione alimentare nell'istruzione generale dei bambini in modo da rompere il circolo vizioso o renderli refrattari alla suggestione morbosa imposta dall'ambiente patologico in cui vivono. *fil.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

Atti Società Medico-Chirurgica Osp. Abruzzesi (1922-1929). — Arti Grafiche, Chieti, 1930.

E. ARCOLEO. Su di un leiomioma dello stomaco. — Tip. Ospizio Benesi, Palermo, 1930.

A. M. FIAMBERTI. La bismutoterapia endorachidea associata al trattamento malarico nella neurolue. — An. Pol. Emiliana, Reggio Emilia, 1930.

A. SEGA e A. BRUSTOLON. Contributo allo studio del virus tubercolare filtrabile. — Stab. Poligrafici Riuniti, Bologna, 1930.

C. ORTALI. Il latino lingua ufficiale della scienza medica. — Soc. An. Poligr. Italiana, Roma, 1930.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

4° *Dottor F. M.* — La disposizione del capitale mi pare molto chiara: agli effetti degli aumenti periodici è valutabile il servizio prestato dopo la nomina in base al concorso. Vi è compreso certamente ed espressamente il periodo di prova ma ne è escluso implicitamente il servizio interinale anteriore.

5° *Dottor E. S.* — La clausola del capitolato considera alternativamente il servizio ospedaliero e quello di condotta e per l'uno e l'altro richiede la durata di due anni. A me pare che essendo considerati equivalenti le due prestazioni, la durata dell'una possa essere integrata da quella dell'altra. La disposizione letterale non è a rigore favorevole a questa interpetrazione, la quale però a me sembra logica e quindi sostenibile. Se fosse escluso, Lei potrebbe ricorrere al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale nel termine di giorni sessanta dalla comunicazione del provvedimento.

6° *Dottor F. C.* — Se il terzo graduato ha accettato la nomina e poi sarà dichiarato decaduto per non aver assunto il servizio, l'amministrazione potrà considerare esaurito il concorso. Se l'amministrazione fosse ben disposta, potrebbe provvedere ad altra nomina; ma non vi è obbligata.

Circa il servizio interinale è da considerare l'atto di nomina, al fine di stabilirne la durata. Se Lei è stato assunto sino all'espletamento del concorso, formalmente la condizione si è verificata, perchè c'è una nomina accettata; Lei però può sostenere che la indicazione dell'espletamento del concorso si riferisce alla ipotesi normale, ma in realtà la Sua nomina è stata deliberata per tutto il periodo di sede vacante. E poichè, malgrado la nomina, non c'è ancora il titolare della condotta e si deve rinnovare il concorso, permane la necessità del servizio interinale. Il termine per il ricorso alla Giunta Provinciale amministrativa in sede giurisdizionale è di giorni trenta e decorre dalla notificazione.

7° *Dottor C. M.* — Ritengo anch'io che il certificato di buona condotta e la situazione di famiglia se prodotti fuori del Comune debbano essere legalizzati dal Prefetto. La giurisprudenza del Consiglio di Stato ha ritenuto che il certificato di iscrizione nell'albo non debba essere anteriore all'anno nel quale si procede al concorso. A rigore, se l'avviso richiede un certificato non anteriore ad una certa data, la domanda è irregolare, qualora sia presentato un certificato di data più remota. Però sono valutabili equipollenti: per es. la prestazione di servizio in altra condotta. In questo campo la giurisprudenza segue criteri di larghezza.

8° *Dottor F. L.* — Essendo richiesto nell'avviso del concorso, il certificato di esito di leva doveva esser prodotto; ma gli accertamenti che per mezzo di esso si volevano assicurare possono risultare da equipollenti.

Certamente dovevano essere legalizzati i certificati di cittadinanza, buona condotta e stato di famiglia. Il certificato di iscrizione al sindacato doveva essere rilasciato in carta da bollo.

La giurisprudenza più recente ha ammesso che la Commissione possa richiedere al concorrente la regolarizzazione dei certificati.

Non vi è disposizione di legge che stabilisca espressamente l'obbligo di presentare tutti i documenti richiesti nell'avviso del concorso e che autorizzi la Commissione a richiedere la regolarizzazione di atti e documenti; ma il primo obbligo risulta logicamente dalle condizioni del concorso, alle quali chiunque voglia parteciparvi deve uniformarsi; la facoltà della Commissione è giustificata da considerazioni sostanziali, in base ad un principio che è ammesso anche nelle controversie giudiziarie, per non eccedere in formalismo.

9° *Dottor C. D. F.* — Relativamente al primo quesito, è necessario anzitutto stabilire se la farmacia della quale si tratta fu dichiarata legittima dal Prefetto a norma ed agli effetti degli art. 25 e 30 della legge 22 maggio 1913 o dell'art. 26 della legge stessa. Nel primo caso gli eredi del titolare della farmacia hanno diritto di continuarne l'esercizio sino al giugno 1933, salvo eventuali future disposizioni che modifichino le norme ora vigenti.

Nel secondo caso, cioè se la farmacia era legittima agli effetti dell'art. 26, il diritto si sarebbe estinto per causa di morte del titolare e la farmacia avrebbe dovuto essere senz'altro chiusa.

La stessa precisazione, circa la condizione giuridica della farmacia, è necessaria in rapporto al secondo quesito. Essendo stato però venduto il diritto di esercizio, è da ritenere che la farmacia sia stata dichiarata legittima agli effetti degli articoli 25 e 30 della legge 1913 e sia quindi commerciabile.

L'acquirente, però, può esercitare la farmacia sino al giugno 1933.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuite.**

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

TRIBUNA LIBERA

A proposito di concorsi ospedalieri a primari chirurghi.

Riportiamo larga parte della seguente lettera pervenuta al prof. Alessandri:

Illustre Maestro,

Leggo nei « Policlinico » quanto Ella ed il chiar. prof. Tansini scrivono riguardo al concorso per Primario degli Ospedali, particolarmente per il posto di chirurgo primario.

Già come ex-segretario dei medici ospitalieri di Milano e come partecipante a varie riforme di regolamenti ospitalieri, ebbi ad interessarmi del problema, senza tuttavia poter raggiungere, in effetto, ciò che non mi sembrava del tutto sbagliato; ed ecco perchè mi permetto di entrare un po' nella discussione, da Lei risvegliata, tanto più che fortunatamente ora io non sono più in causa.

Ho sempre pensato che i concorsi a posti così importanti come quello di primario di Ospedale, dovrebbero, nelle varie loro modalità, essere possibilmente *uniformati su un tipo unico, uguale per tutti*.

Schematicamente mi parrebbe opportuno che fossero essenzialmente stabilite le seguenti norme:

Epoca del bando di concorso al posto di primario: tale posto non dovrebbe restare scoperto più di sei mesi. Senza che illustri troppo, è assai noto quanti concorsi siano ritardati, prorogati; quanti attendano la maturità di un candidato, ecc.

Limiti di età: il concorrente non dovrebbe superare i 50 anni. Al posto di Primario si deve accedere per concorso pubblico, aperto a tutti, senza alcuna differenza. Estendendo i limiti a 50 anni, non vi dovrebbe essere nessun particolare privilegio per età, per concorrenti interni già appartenenti o tuttora appartenenti all'Ospedale stesso, per il quale v'è il bando di concorso. Un Primario d'Ospedale dovrebbe al massimo restare in carica 15 anni e cioè non oltre i 65 anni.

Il concorso è pubblico per titoli e per esame, senza alcuna restrizione nè imposizione e giustamente, come Ella afferma, per prove culturali, cliniche e di tecnica operatoria. Questa, a mio parere, indispensabile, ma naturalmente ben vagliata dalla Commissione esaminatrice che, dall'esposizione del candidato sia sui dati anatomici, sia sui processi, metodi operatori, vie d'accesso, ecc., sia su un giudizio della loro importanza, del loro valore, sia dalla tecnica stessa che il candidato può dimostrare, ha elementi sufficienti di giudizio e di valutazione, anche se tecnicamente non è dal candidato raggiunto completamente lo scopo prefisso. Per quanto scrive il chiar. prof. Tansini, io trovo che il valoroso candidato avrebbe fatto meglio a presentarsi alle prove successive e lasciare che la Commissione valutasse in merito. Certamente Essa non avrebbe trascurato di considerare e le condizioni del cadavere e la difficoltà del tema rispetto ad altri e forse anche la possibilità dell'anomalia, in tal caso avutasi. Per le prove cliniche da noi fu, fino a pochi anni or sono, ritenuta sufficiente una sola prova clinica: mezz'ora di esame del malato, 1 h. circa di esposizione, discussione, diagn. clin. ecc. Recentemente furono imposte due prove cliniche. Forse in tal modo è data al candidato una maggiore possibilità di dimostrare il suo grado di coltura, il suo spirito critico, la sua maturità ed è certamente più sicura un'esatta valutazione di esso.

Per i titoli io sono con Lei e vorrei che con Lei fossero pure altri clinici, nel dare una prevalenza nella valutazione ai titoli di carriera e di tirocinio chirurgico, ciò senza escludere e senza togliere il giusto valore dei titoli scientifici ed accademici.

Per la nomina della Commissione e quindi per quella serenità di giudizio cui giustamente ogni candidato aspira, io riterrei che sistematicamente ogni commissione fosse costituita da cinque membri:

il presidente, che dovrebbe essere il direttore dell'Ospedale stesso o chi per esso colle sole funzioni di garanzia dell'esatta regolamentare procedura del concorso;

3 tecnici e cioè: 1 clinico, 2 ospitalieri (chirurghi o medici primari di grandi ospedali);

il primario medico dell'Ospedale stesso (o il primario chirurgo) dove v'è il bando di concorso.

Riterrei poi utile che la commissione, volta per volta, a concorso chiuso, fosse fatta d'accordo colle competenti autorità centrali superiori, seguendo, se il caso, anche un criterio di turno tra i vari Clinici e Primari.

Ciò che si deve aver come scopo è, a mio parere, lo sviluppo della carriera ospedaliera.

Chi si dedica ad essa, chi lavora in essa ed esplica ogni attività, sottostando a tanti sacrifici, deve avere se non la sicurezza, la possibilità di occupare, un giorno, anche i posti superiori, di comando.

Il tutelare la classe con un'equa rappresentanza nei concorsi mi parrebbe cosa assai opportuna. La commissione esaminatrice deve fare una graduatoria, non stabilire pari merito, nè terne; il posto è del vincitore e le amministrazioni non dovrebbero che ratificare la nomina.

Milano.

L. PIZZAGALLI,
Chirurgo Primario Ospedale Maggiore.

* * *

Il prof. A. Catterina, ordinario di Medicina Operatoria a Genova, cogliendo l'occasione della libera discussione sollevata dagli articoli dei proff. Tansini e Alessandri, in un suo scritto in proposito non si limita solo a trattare la parte che riguarda gli esami dei candidati al primariato chirurgico, ma affronta tutto il tema dell'insegnamen-

lo della Medicina Operatoria, facendo rilevare gli inconvenienti odierni, e l'importanza che si dovrebbe dare all'insegnamento per il suo reale valore pratico.

Ciò premesso, ecco quanto dice il Catterina a proposito della questione sollevata dai proff. Tansini e Alessandri:

Fra i concorrenti al famoso deprecato concorso ve n'era uno sulle cui spalle gravavano nientemeno che tre docenze: quelle di Clinica, di Patologia, e persino di Medicina operatoria.

Per la prova sul morto estrae: la legatura della tiroidea inferiore. Si accinge all'esecuzione colle norme dell'anatomia topografica; ma date le condizioni speciali del cadavere, non vi riesce, e allora si ritira in buon ordine dall'esame, senza tentare le altre prove.

Primo errore: dello stesso candidato, il quale aveva due vie d'uscita: far rilevare alla Commissione l'impossibilità di trovare il vaso colle norme anatomiche, e cercarlo invece colle norme di tecnica operativa come ne aveva tutto il diritto. Possibile che il candidato eseguendo qualche operazione di gozzo non abbia mai legato la tiroidea inferiore? Se faceva la incisione bassa trasversa sollevando il lobo corrispondente tiroideo, distaccando e arrovesciando in alto il muscolo, e dirigendosi sul tronco tireo-cervicale, facile a trovarsi, avrebbe scoperta l'arteria, anche se era rudimentale, senza dover — come fece l'anatomico seguendo le norme anatomiche — legare la giugulare profonda e la carotide.

Poteva inoltre far presente alla Commissione la quasi necessità di estrarre un altro quesito e, in dannata ipotesi, continuare le altre prove, che riuscendo buone, gli avrebbero concesso di entrare in graduatoria.

Ma anche la Commissione ha avuto torto, perchè ha messo un quesito non appropriato a un simile esame. Io domando proprio al collega Tansini quante volte egli ha legato la tiroidea inferiore, a sè stante, prescindendo dalle centinaia di volte che l'avrà fatto sul vivo, nelle operazioni di gozzo, e vorrei anche chiedergli quante volte l'ha veduto fare dal suo maestro — nientemeno che un Bottini — che nella chirurgia del collo fu maestro di tutti noi. Risponderò io per lui: mai. Però mi viene un altro pensiero.

Non vorrei che il candidato appartenesse a quella famosa schiera dei docenti di Med. Op. che non hanno fatto la prova sul cadavere, e allora, secondo me, si spiegano molte cose.

Io fui commissario per l'esame di concorso a un posto di Primario di un grande Ospedale unitamente al collega Donati, e al collega Vanzetti, ordinario di Anat. Pat. a Torino. Naturalmente Donati curò l'esame clinico, io dettai le tesi per la prova sul cadavere, e Vanzetti si occupò dell'esame istologico. Se non erro, mi sembra che la commissione andasse bene. Alla prova sul morto un candidato doveva fare la nefrectomia, ma per strana combinazione proprio dal lato scelto mancava il rene, che era ridotto a un vero rudimento. Il candidato operò secondo le regole di tecnica, non si perdette di animo, e la commissione tenne conto della anomalia. Ma io darò al candidato di cui parla Tansini una grandissima consolazione. La commissione esaminatrice giudicò con perfetta serenità e alla stregua delle prove subìte, che furono difficili, fece la sua graduatoria, presentò la relazione alla amministrazione che aveva speso fior di quattrini; e questa poi nominò uno... che non aveva neppur preso parte all'esame! I poveri candidati, che erano passati sotto le forche caudine di un difficile esame con le relative ansie e, diciamolo pure, col relativo dispendio, rimasero col solito pugno di mosche.

Sono le miserie della vita che si avverano non tanto difficilmente nei concorsi.

Allorquando la commissione universitaria composta di uomini eminenti — si noti che per la parte anatomica vi era nientemeno che un Romiti — chiamò i candidati dei concorsi per la Med. Op, a Genova, Napoli e Palermo, a subire a Roma l'esame, molti di essi fecero una brillante lezione, ma messi alla prova sul morto, fallirono, e bisogna notare che erano tutti docenti e molti Primari in grandi Ospedali. Un conto sono le parole, come diceva Bassini, ma ben diverse sono le prove pratiche, nelle quali le fame usurpate trovano la loro tomba.

Ha pienamente ragione Tansini quando dice che la prova di Med. Op. negli esami a Primario, così come oggi si fa, è destituita di ogni valore probativo; ma facciamo la prova come realmente va fatta, e allora giudicheremo con molta più serietà e coscienza.

Per venire a una conclusione pratica, presento per le prove sul cadavere ai candidati per il Primariato chirurgico le seguenti tesi: 1) trapanazione del cranio, craniotopografia, operazione sulla ipofisi, sui gangli e nervi cranici; 2) resezioni dei mascellari, plastiche nasali, operazioni sulla lingua; 3) operazioni sul laringe, sulla tiroide, sull'esofago, sui nervi e gangli cervicali, toracoplastiche, operazioni sulle mammelle, laminectomia; 4) gastrectomia e gastroenterostomia, colecistectomia, splenectomia, resezioni intestinali; 5) nefrectomia, cistotomia, prostatectomia e chirurgia degli ureteri; 6) ernie, 7) resezioni delle grandi articolazioni, disarticolazioni (spalla e anca), osteotomie, osteosintesi. Con questo programma garantisco che le fame usurpate o non si presentano all'esame, o vi periscono. In questo programma veramente moderno sono enunciate tutte le operazioni che un chirurgo primario moderno dovrà eseguire, e la Commissione potrà giudicare con piena coscienza dell'abilità tecnica per un candidato chiamato prevalentemente ad operare.

In quanto all'attività svolta dal candidato sul vivo, anche rigorosamente autenticata — come vorrebbe Tansini — rispondo subito che l'uomo difficilmente si adatta a scrivere e descrivere i propri errori e infortuni professionali.

Son persuaso che il collega Tansini, che ha molta più esperienza in proposito della mia, non

abbia sempre preso per oro di coppello le statistiche da lui esaminate, ma che su qualcuna abbia fatto quel suo classico sorrisetto molto significativo.

Il collega Alessandri dice che il candidato al Primariato dev'essere colto, ossia avere molti titoli scientifici, e se si vuole la prova di tecnica, questa deve consistere in assaggi dei vari metodi e processi operatori, sulle loro indicazioni, facendo solo in linea secondaria la prova sul cadavere.

Dopo quello che ho detto (e che potrò dire ancora) sull'insegnamento della Medicina Operatoria, sono certo che il collega Alessandri troverà necessaria la prova sul cadavere per i futuri primari, e vorrà dare il suo autorevole appoggio riguardante l'insegnamento della Medicina Operatoria.

Sono d'accordo con l'Alessandri che per gli esami a Primario chirurgo debba far parte un clinico, ma azzarderei di premettere una clausola, che cioè il clinico prescelto non abbia dei suoi allievi fra i candidati, cosa che deve valere anche per tutti gli altri commissari; e aggiungerei che l'esame si dovesse svolgere in una sede lontana dal posto messo a concorso, per il quale dovrebbero essere nominati anche un competente di tecnica chirurgica (mi perdoni il collega Alessandri se cerco di tirare al mio mulino questo piccolo canaletto di acqua) e un professore di Anatomia Patologica.

La portata di queste mie proposte è molto semplice e chiara.

* * *

Il prof. L. Durante, di Genova, scrive per suggerire che secondo lui i concorsi per Primario dovrebbero aver luogo sempre fuori sede. Spesso, egli dice, non sempre per fortuna, la serenità di giudizio è proporzionata ai quadrati della distanza che intercede fra giudicato e giudicante.

* * *

Mi corre l'obbligo di fare qualche osservazione alle opinioni espresse dai colleghi in merito a quanto io proponevo per i concorsi a Primario Chirurgo.

Su parecchi punti vedo che siamo d'accordo, e li accennerò quindi soltanto rapidamente. Per la composizione della Commissione mi pare necessario che i membri siano tutti in grado di esprimere il loro voto con competenza tecnica, e quindi siano tutti chirurghi. Un rappresentante dell'Autorità Amministrativa o dell'Ente Ospitaliero può esservi, e sarà bene che egli presieda la Commissione per vigilare alla stretta osservanza delle norme del concorso, ma non dovrebbe votare, per la ragione molto semplice che egli può trovarsi in condizioni di non sapere come votare con giustizia sia sui titoli, sia sulla prova clinica, sia su quella di Medicina Operatoria; egli si unirebbe senza dubbio agli altri Commissari, se questi fossero concordi, ma non saprebbe con chi votare se invece vi fosse dissenso, ed evidentemente voterebbe basandosi su altri criteri, che non sarebbero giustificati.

Che della Commissione faccia parte almeno un rappresentante dell'alta cultura universitaria, d'ordinario il Clinico, è pure da tutti accettato; gli altri componenti possono essere altri insegnanti, come nel caso esposto dal Morone, ma sembra giusto, come vuole il Pizzagalli, che vi entrino anche dei Primari Ospedalieri. Il Catterina dice: purchè essi non abbiano allievi fra i concorrenti; in linea di principio può apparir giusto, ma non può ammettersi questa eccezione in senso assoluto, per non sollevare ingiuste prevenzioni o sospetti, e perchè i concorrenti devono pure essere stati allievi di alcuni Professori o Primari e specialmente i Clinici ne possono avere parecchi; e sancire l'esclusione sarebbe un allontanare dalla Commissione in genere i migliori elementi. Certo se notoriamente vi è una spiccata preferenza di un Commissario per uno dei concorrenti, sarebbe opportuno ricorrere ad altri nella stessa categoria.

Per le prove di esame e pei titoli, ripeto quanto affermai, che si dovrebbe dare un valore prevalente ai titoli, e fare una prima cernita di elementi, che per la loro carriera e l'esperienza chirurgica fossero maturi al posto, fra cui poi fare una scelta per esame.

Per i titoli ripeto che si dovrebbe dare la preferenza a quelli di carriera clinica o ospedaliera, e a quelli che provano la preparazione e la pratica chirurgica; i titoli sperimentali o puramente scientifici dovrebbero avere pure la loro importanza, ma non prevalente; altro è il concorso per un Chirurgo Primario, altro quello per un Professore universitario; anche alla libera docenza non dovrebbe essere dato un valore eccessivo. Oggi alcuni Enti la mettono come titolo necessario per essere ammessi a concorrere. Questo fa sì che si presentano alla libera docenza candidati, che non hanno alcuna intenzione di dedicarsi alla ricerca scientifica o all'insegnamento, ma cercano solo un titolo professionale che diventa loro necessario a scopo pratico, e non hanno torto perchè Enti e Commissioni li confermano in questa idea.

Per le prove di esame nessuna contestazione mi pare vi sia su quella clinica, e io credo anche su una di cultura, s'intende sempre nel campo clinico e operatorio. Non ammetterei una prova istologica o radiologica, come nel caso riferito dal Morone.

Il dibattito maggiore è sulla prova di medicina operatoria. Tanto il Fichera che il Morone, e il Catterina e il Pizzagalli, la ritengono necessaria e utile. Solo il prof. Tansini è con me consenziente.

Debbo anzitutto precisare la mia idea. Il prof. Catterina nella prima parte della sua lettera (che « Il Policlinico » per ragioni di spazio ha dovuto omettere), fa una calorosa difesa dell'insegnamento della Medicina Operatoria. Ma questo non c'entra. Ho le mie idee sull'insegnamento della Tecnica chirurgica, che forse non collimano perfettamente con quelle del prof. Catterina, ma non mi sono mai sognato che si debba ri-

nunziarvi e anzi non solo lo credo necessario per l'istruzione chirurgica degli studenti, ma da mantenersi anche come prova d'esame per i primi gradi dei concorsi negli Ospedali. È solo per il concorso di Primario, cui prendono parte chirurgi, che hanno già fatto un lungo tirocinio operatorio, che la credo superflua, o almeno non opportuna, come viene oggi praticata, visto anche che può dar luogo a molteplici inconvenienti, che si sono realmente verificati.

Se si può essere costretti a far compiere questa prova su cadaveri conservati o mummificati o iniettati con liquidi conservativi, ritengo francamente che sia preferibile non farla. Che si debba richiedere ad un chirurgo già provetto di fare una di quelle operazioni, che si dicono d'anfiteatro, che come ben dice il prof. Catterina, nella pratica chirurgica forse non si compiono mai, e per le quali in genere con un breve periodo di esercizi sul cadavere si riacquista facilmente la manualità di cui si era sbiadita la memoria dai tempi dello studentato, per poi subito ridimenticarle senz'altro, e che assai frequentemente, come appare, presentano anche l'agguato di anomalie, che non possono non disorientare il candidato più calmo e più esperto e fargli compiere delle manovre, che lo possono mostrare ignaro di nozioni fondamentali, francamente a me pare non utile per un'equa e serena valutazione dei concorrenti.

Si ha un bel dire: il candidato faccia quello che può fare, la Commissione poi terrà conto dello stato del cadavere, delle difficoltà locali, di eventuali anomalie: il giudizio sarà sempre assai più arduo e spesso inquinato di elementi estranei.

Il prof. Catterina elenca un certo numero di atti operativi, di chirurgia viscerale e in genere di operazioni, che un Primario deve compiere e siamo d'accordo; anch'io dicevo che è bene si saggi la esperienza e la cultura del candidato su interventi moderni, sui progressi continui delle indicazioni e della tecnica.

Ma fare queste operazioni sul cadavere, senza che esista la lesione per la quale in genere si opera, è spesso un gioco. Se la maggior parte dei colleghi, e per ragioni che hanno certamente il loro peso, credono che sia da mantenere la prova sul cadavere, io non pretendo di aver ragione. Ho esposto le mie opinioni e confido si vorrà tener conto degli innumerevoli casi spesso lamentati ed integrarla almeno con una prova di indicazioni moderne e di cultura tecnica, e l'esecuzione materiale si limiti a quegli atti operativi che più spesso un primario può eseguire.

Se ci si potesse sui vari punti mettere d'accordo e presentare alle autorità delle proposte concrete, credo che ciò sarebbe utile per i candidati e sopratutto per la scelta dei migliori, e quindi a vantaggio delle amministrazioni ospedaliere e dei malati sopratutto, il che deve essere lo scopo precipuo da raggiungere.

R. ALESSANDRI.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALBA (*Milano*). *Ospedale Civile di San Lazzaro.* — Scad. 31 gen.; medico primario; L. 2112 e quota di compartecipazione 60 % sulle tasse di cure mediche, L. 4000 d'indennità durante il biennio di prova; età lim. 45 a.

ANCONA. *Ospedale Civile « Umberto I ».* — Posti di medico assistente reparto chirurgia; età limite 30 anni; nomina biennale; prova mesi due. Stipendio annuo lordo L. 2660; indennità vitto lire 10,45 nette giornaliere; alloggio gratuito Ospedale; piccoli proventi Ospedale. Presentazione documenti rito titoli entro quindici giorni data pubblicazione presente annuncio.

ASCOLI PICENO. — Per titoli ed esami. Posti di medico aiuto presso il Dispensario Provinciale (Ascoli Piceno) e di direttore della Sezione Dispensariale di Fermo. Documenti di rito, laurea da due anni almeno, titoli comprovanti la specifica competenza del concorrente in tisiologia, igiene e profilassi sociale della tubercolosi. Scadenza ad ore 18 del 3 marzo 1933 A. XI. Stipendio annuo L. 8500 per ciascuno dei posti messi a concorso ed inoltre L. 2000 di indennità annua per il solo posto di direttore della Sezione Dispensariale di Fermo. Il tutto al lordo delle ritenute di legge e del 12 %. Nomina quinquennale riconfermabile, salvo disdetta comunicata tre mesi prima della scadenza. Permesso l'esercizio libero della professione di medico-chirurgo, compatibilmente con le esigenze del servizio. Richiedere copia del bando di concorso alla Segreteria del Consorzio.

BELLUNO. *Ospedale Civile.* — Al 31 gen., ore 18; medico primario principale; L. 8500 e 4 quadrienni dec., oltre L. 1050 c.-v.; detrazione 12 %; età lim. 35 a. al 26 dic.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi. Chied. annunzio.

CHIETI. *Ospedale Civile.* — Scad. 31 genn.; assistente al reparto Chirurgia e assistente al reparto Medicina; chiedere avviso alla Segreteria.

CROGNALETO (*Teramo*). — Scad. 31 gen.; 2ª condotta; L. 8700 oltre L. 2400 cavalc., riduz. 12 %; 4 quadrienni di L. 500; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

IMOLA (*Bologna*). *Ospedale S. Maria della Scaletta.* — Scad. 31 gen.; medico assistente; L. 4000 ridotte 12 %, alloggio person., vitto nei giorni di guardia; età lim. 35 a.

ISOLA DEL LIRI (*Frosinone*). *Civico Ospedale.* — Scad. 11 feb.; chirurgo e medico; rispettiv. L. 6000 e L. 3000, oltre percentuali.

IVREA. *Ospedale Civile.* — Scad. 31 gen.; assistente interno della Sezione chirurgica.

MANTOVA. *R. Prefettura.* — Scad. 25 febbr.; uff. san. di Suzzara; L. 15.000 e 3 quadrienni dec., oltre L. 3000 trasp., c.-v.; deduz. 12 %; chiedere condizioni.

MONDAVIO (*Pesaro*). — Scad. 31 genn., 2ª condotta; età lim. 40 a.; tassa L. 50; doc. a 6 mesi dal 20 dic.; stip. L. 8000 lorde 12 %, per 500 pov., addizion. L. 2 da 501 a 1000 pov. e L. 3 oltre; c.-v.; L. 3000 cavalcat. lorde 12 %.

MONTERADO (*Ancona*). — Scad. 10 febbr., ore 18; L. 9000 e 5 quadrienni dec.; trasp. L. 3600; se uff. san. L. 500; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 10 gen.

NAPOLI. *Alto Commissariato per la Città e la Provincia.* — Uff. san. di Pomigliano d'Arco; scad. 10 aprile, ore 12. Id. di Casoria; scad. 20 aprile, ore 12. L. 9500 per ciascun posto; titoli ed esami; rivolgersi alla Segreteria dell'Ufficio provinciale sanitario.

NARNI (*Terni*). *Ospedale Civile.* — Scad. 90 giorni dall'8 dic., chirurgo primario direttore; L. 8000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 2000 serv. att., lire 3000 funzioni direttoriali; riduz. 12 %; compartecipaz. 40 %; età lim. 50 a.; situaz. di famiglia; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dall'8 dic. Chied. annunzio.

NOCERA INFERIORE (*Salerno*). *Ospedale Psichiatrico « Vittorio Emanuele II ».* — Scad. 1° mar.; un ispettore e due vice ispettori; L. 8000 e L. 6000 rispettiv., oltre L. 1700 e L. 1400 serv. att.; riduz. 12 %. Laurea in medicina. Chiedere avviso alla Segreteria.

PIETRAROLA (*Benevento*). — Scad. 14 mar.; lire 8000; età lim. 35 a.

PIETRASANTA (*Lucca*). — Scad. 10 mar.; due condotte; L. 9000 e 5 quinquenni dec.; cavalc. L. 1500; c.-v. L. 840; riduz. 12 %; età lim. 40 a.

PORTOMAGGIORE (*Ferrara*). *Ospedale Civile.* — Scad. 30 gen.; direttore sanitario; L. 7500 e 6 trienni ventesimo, alloggio, c.-v., compartecipaz 60 % incasso netto; età lim. 25-40 a.; tassa L. 50,10. Domanda e documenti all'Istituto di beneficenza Eppi.

RAVENNA. *Civico Ospedale.* — Scad. 31 mar.; medico primario direttore sanitario; L. 12.000, oltre L. 1250 serv. att., 10 bienni ventes., c.-v.; età lim. 45 a.; docenza in clinica o patologia spec. med.; tassa L. 50; limitazioni all'esercizio professionale.

SAVONA. *Comune.* — Scad. 10 mar.; un medico scolastico e un medico condotto supplente; L. 5000 ciasc., e 10 bienni ventes., età lim. 35 a.; certificato punti conseguiti in ciascuna materia di esame; per tutt'e due i posti diploma di perfezionam. in igiene scolastica; tassa L. 50.

SUZZARA. — (v. MANTOVA).

TARQUINIA (*Viterbo*). — Condotta medico-chirurgica 1° Rione S. Martino e Castello. Per titoli. Stipendio iniziale L. 9500 suscettibili di cinque aumenti quadriennali in L. 1000 ciascuno; indennità caro-viveri nella stessa misura stabilita per il personale dello Stato, se e fino a quando verrà corrisposta agli altri dipendenti. Stipendio, indennità caro-viveri, soggette alle ritenute di legge ed alla riduzione di cui al R. D. 20 novembre 1930, n. 1491. Tassa di concorso di L. 50,10. Scadenza 28 febbraio 1933. Per notizie sui documenti da esibire e ulteriori chiarimenti, rivolgersi alla Segreteria Comunale.

TORRAZZA COSTE (*Pavia*). — Scad. 15 mar.; lire 13.000 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v., L. 300 uff. san., L. 300 ambulat.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

VITTORIO VENETO (*Treviso*). — Scad. 28 feb.; 6° reparto; L. 8500 e 5 quinquenni dec., oltre c.-v., L. 3500 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Governatore di Roma, principe Boncompagni Ludovisi, ha nominato delegato per l'assistenza sociale il prof. dott. Riccardo Moretti, valente studioso.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Bartolomeo Cartia, in clinica dermosifilopatica; Mario Baquis, Alfonso Bellavia, Lodovico Mamoli, Saverio Nisio, Gioacchino Salvati, Benedetto Strampelli, Arrigo Vita, in clinica oculistica; Alberto Fusari, in clinica ortopedica; Mario Rigoni, in fisiologia sperimentale; Giovan Battista Maffei, Domenico Viola, in medicina legale; Antonio Corrado, Paolo Guerra, Pasqua Tieri, Gaspare Tirelli, in oftalmologia e clinica oculistica; Luigi Chiozzi, Pier Giannino Montemartini, Giuseppe Pistocchi, in patologia speciale chirurgica; Augusto Fiorentini, in clinica pediatrica; Luca Galdo, in psicologia sperimentale; Luigi Chiozzi, in terapia fisica.

Il premio internazionale « Luigi Devoto » presso il R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, dell'importo di L. 10.000, è stato assegnato al prof. K. Jötten, dell'Università di Münster. L'illustre igienista si è recato alla Clinica del lavoro, ove è stato ricevuto da tutto il personale dell'Istituto; ne ha esaminato tutta l'organizzazione dell'Istituzione.

Al premio si erano presentati 11 concorrenti, di cui uno ungherese, due italiani ed otto tedeschi.

Il nuovo concorso « Luigi Devoto » si chiuderà il 31 dicembre 1933.

NOTIZIE DIVERSE.

Esposizione internazionale di sanità.

Come ne abbiamo già dato notizia, tra il 29 maggio e il 30 luglio sono indetti a Madrid il 7° Congresso internazionale di medicina e farmacia militari ed il 2° Congresso internazionale dell'aviazione sanitaria.

In coincidenza con queste due importanti riunioni, che richiameranno moltissimi sanitari, verrà organizzata una grandiosa Esposizione internazionale di medicina. Il materiale sarà distribuito in 6 Sezioni. Numerose dimostrazioni pratiche varranno a rendere più viva e più interessante la Mostra, alla quale parteciperanno numerose Istituzioni di tutti i Paesi civili.

Convegno scientifico sociale per la cura della tubercolosi osteo-articolare.

Promosso dall'Istituto Elioterapico Codivilla e sotto il patrocinio della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi, avrà luogo a Cortina d'Ampezzo nei giorni 25 e 26 febbraio prossimo, un convegno per trattare problemi clinici e sociali inerenti alla tubercolosi chirurgica. La discussione verrà aperta dal prof. Putti coll'esporre i criteri e indirizzi odierni sulla cura della tubercolosi osteo-articolare e seguirà il prof. Bocchetti il quale tratterà l'argomento che si riferisce all'assistenza sociale dei malati. Le comunicazioni, che potranno esser fatte in seguito alle relazioni, dovranno aver rapporto col tema generale.

Sono assicurate riduzioni del 50 % per Cortina da qualunque stazione del Regno; i biglietti avranno la validità di giorni 15.

Il convegno coinciderà con alcune delle più importanti manifestazioni dello sport invernale.

La tassa di iscrizione è di L. 30. I temi delle comunicazioni e le adesioni dovranno essere inviate alla segreteria entro il 20 gennaio.

Per l'iscrizione e per qualsiasi informazione, rivolgersi al prof. Carlo Molon, delegato regionale per il Veneto della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi, Venezia, Campo Bandiera e Moro 3611, tel. 1353.

6° Congresso tedesco sulla circolazione.

La Società tedesca per le ricerche sulla circolazione si adunerà a Würzburg il 6 e il 7 marzo Il Congresso verrà dedicato allo studio dei rapporti tra circolazione e sistema nevoso centrale. Saranno relatori: per la parte teorica Hering di Colonia, per la parte clinica Kauffmann di Berlino.

Le adesioni vanno indirizzate al prof. Magnus Alsleben, Medizinische Poliklinik, Würzburg (Germania).

Organo della Società è la « Zeitschrift für Kreislaufforschung », che conta 25 anni di vita; nell'occasione del suo giubileo, ha pubblicato una rivista generale del prof. E. O. Stadler sui progressi compiuti negli studi relativi alla circolazione durante un quarto di secolo. Il periodico è edito da Theodor Steinkopff (Residenstrasse 32, Dresden - Bl.).

Società russa di urologia.

Il 20 dicembre la Società d'urologia di Leningrado, presieduta dal prof. V. Gorache e di cui è segretario il dott. M. Pilchik, ha festeggiato il 25° anniversario della sua fondazione.

La prolusione del prof. Donati.

Il 9 corr. ha avuto luogo l'attesa prolusione del prof. Mario Donati, chiamato dalla Facoltà medica di Milano alla cattedra di clinica chirurgica già illustrata da Baldo Rossi. Presenziarono la cerimonia il duca di Bergamo, le autorità e le maggiori personalità mediche cittadine; erano anche intervenuti da Bologna i proff. Viola e Paolucci, da Padova i proff. Fasiani e Gasbarrini, da Pavia il prof. Ferrata, da Roma il prof. Frugoni, da Torino il prof. Uffreduzzi ecc. Il rettore magnifico, prof. Livini, dopo aver commemorato brevemente il prof. Baldo Rossi, presentò con calde parole il successore. Questi trattò magistralmente il tema « Orientamento del pensiero e questioni d'attualità chirurgica », riscuotendo vivissimi applausi.

Corso di perfezionamento in antropologia criminale e diritto penale.

Per il mese di gennaio è annunziato l'inizio, presso il « Seminario di Antropologia Criminale e Diritto Penale », del corso che da parecchi anni si svolge a Torino intorno alla cattedra che fu di Cesare Lombroso. Lo studio biologico e giuridico della criminalità viene compiuto nei suoi vari aspetti con una serie di lezioni impartite da insegnanti delle due Facoltà di Legge e di Medicina.

I corsi raccolgono, ogni anno, laureati delle due Facoltà, professionisti, magistrati, funzionari; ed alla illustrazione delle basi biologiche fondamentali per comprendere lo studio della personalità criminale, si associano esercitazioni pratiche su casi reali, visite a carceri, riformatori, manicomi. Ai partecipanti al corso viene rilasciato un diploma.

Informazioni dettagliate dà la Direzione del Seminario, via Michelangelo 26, Torino.

Corso complementare d'igiene pratica.

Si terrà nell'Istituto d'igiene della R. Università di Firenze, a partire dal 1° marzo e per la durata di un bimestre, per aspiranti ufficiali sanitari. Tassa d'iscrizione L. 300,50 e contributo per spese di laboratorio L. 100,10 (da versare alla Cassa di Risparmio in Firenze, via Bufalini 6). Le istanze saranno accettate in ordine di presentazione.

Il nuovo Ospedale Civile di Gallipoli.

Questo Ospedale, che reca il nome della veneranda Madre del Duce, donna Rosa Maltoni Mussolini, è stato eretto nei pressi della Stazione ferroviaria, di riscontro al mare. Consta di un piano semi-interrato, ove troveranno posto i servizi generali, e di un piano rialzato e uno superiore, per la degenza dei malati. In seguito a convenzione col Podestà, il dott. Potenza, di Nardò, porterà a Gallipoli il suo impianto radiologico, il quale verrà sistemato in locali che verranno costruiti nelle adiacenze dell'Ospedale.

Il nuovo Ospedale Psichiatrico Provinciale di Siracusa.

Abbiamo già dato notizia (fasc. 51, 1932) di questo Ospedale, che sta sorgendo ad ovest di Tica; i lavori progrediscono attivamente. La spesa per i 18 fabbricati è preventivata, come si è detto, in 4 milioni; ma sono da aggiungervi almeno 2 milioni per impianti e lavori supplettivi.

La spesa globale risulta modesta in rapporto

all'entità dei lavori, perchè si è ricorso di preferenza a materiali di produzione locale e perchè, mentre con questi lavori si concorreva ad alleviare la disoccupazione, si sono tariffate le giornate lavorative in misura relativamente bassa, a causa della disoccupazione stessa.

Ingrandimento dell'Ospedale di La Rochelle.

La commissione amministratrice di questo Ospedale ha deliberato d'ingrandire l'ospedale stesso; la spesa è prevista in 15 milioni di franchi; lo Stato fornirebbe la metà di tale importo; per l'altra metà verrebbe emesso un prestito, di cui la città garantirebbe gl'interessi e l'ammortizzamento.

Il prof. Oreste Margarucci.

All'illustre chirurgo di Roma ed alla di lui figlia Bianca, i quali in prossimità di Velletri hanno riportato un incidente automobilistico, vanno i nostri fervidi auguri di pronta guarigione.

Associazione medica cubana.

Un Comitato esecutivo, posto sotto la presidenza del dott. Francisco M. Fernández, ha avviato la costituzione di un'Associazione medica cubana, quale sezione scientifica della Federazione Medica di Cuba. Le Società mediche nazionali — di chirurgia, di pediatria, di elettro-radiologia medica, di studi clinici ecc. — verrebbero a far parte dell'Associazione, pur conservando la loro autonomia, sull'esempio di quanto si è compiuto in Argentina.

Il monumento agli eroi sanitari della Romania.

In presenza del Re Carlo II e con l'intervento di molte autorità e personalità, è stato solennemente inaugurato a Bucarest il monumento agli eroi sanitari, opera dello scultore Romanelli.

Dopo l'ufficio religioso, parlarono il prof. Stoicesco, presidente del Comitato, che rilevò l'importanza del servizio sanitario durante la guerra; il gen. Stephanesco-Aruza, ministro della guerra; il gen. medico N. Vicol, che fu medico capo del servizio sanitario in guerra; il gen. med. Coullaud, che fu medico capo della missione militare francese durante la guerra: egli ricordò i momenti tragici dell'inverno 1916-17 ed espresse l'omaggio dei medici militari francesi ai colleghi romeni morti sul campo; il gen. med. Butoianu, attuale capo del servizio sanitario militare romeno, che rilevò come questo, durante la guerra, abbia perduto un ottavo dei propri effettivi; il prof. Stephanesco-Galatzi, in nome dell'Associazione generale dei medici romeni; il presidente della Croce Rossa Romena, Bais; il presidente della Società degli Studenti romeni, Demistresco; il segretario generale del Comitato dott. Costinin, al quale si deve in gran parte il successo della imponente cerimonia.

Gli incidenti al concorso dell'internato a Parigi.

I concorsi per l'internato ospedaliero a Parigi hanno sempre dato origine a discussioni, proteste, reclami, ricorsi; ma l'ultimo ha sollevato uno straordinario scalpore; se n'è impossessata anche la stampa quotidiana. A ciò ha contribuito il suicidio di una concorrente, dott.a Georgette Longuet. Un'inchiesta condotta dal « Siècle Médical » fra i nove membri delle tre Commissioni di esame (anatomia, medicina e chirurgia) porterebbe ad ammettere che i fatti sono stati molto esagerati; invece il segretario dell'Assistenza pubblica, Chevalier, ha dato delle conferme degne di rilievo.

Altrettanto ha fatto il direttore dell'Assistenza pubblica, Mourier, nel rispondere ad un'interpellanza, in seno al Consiglio Municipale.

Risulta per es. che, mentre doveva essere rispettato l'anonimo, alcuni candidati si sono fatti riconoscere, con mezzi vari. Eccone alcuni: si è citato qualche autore sconosciuto; qualche autore noto è stato citato, insolitamente, col prenome (così Potain quale Nestor Potain), ecc. In questi esami è rigorosamente vietato, ai commissari, di vedere gli scritti, dacchè potrebbero riconoscere le calligrafie dei loro assistenti o trovare dei segni convenzionali; alcuni, però, non si sono fatti scrupolo di esaminare gli scritti. Questi vengono letti ad alta voce, da persone addette a tale compito, le quali hanno assunto la parte principale nel far riconoscere i candidati, valendosi di trucchi semplici, ed hanno perfino corretto alcuni temi.

Una prima inchiesta ufficiale era stata condotta dall'Assistenza pubblica, che è molto interessata al buon esito del concorso, perchè tiene ad avere gli elementi migliori, non quelli protetti e favoriti dai commissari. In tale inchiesta venne interrogata anche la Longuet, molto impressionabile e che rimase profondamente scossa da alcune contestazioni, tanto da indursi all'atto insano.

Cure balneo-termali e idropiniche per gli invalidi della guerra.

L'Opera Nazionale per la Protezione ed Assistenza agli Invalidi della guerra ha deliberato, anche quest'anno, di concedere, con speciali norme, le cure balneo-termali ed idropiniche agli invalidi di guerra, ad eccezione di quelli con assegni temporanei di 9ª e 10ª categoria scaduti e di coloro che abbiano praticato tre anni consecutivi di cure: 1930-1931-1932.

Le domande debbono essere presentate al più presto possibile e comunque non oltre il 15 marzo p. v., termine inderogabile.

Per chiarimenti rivolgersi alla Rappresentanza Provinciale dell'O. N. I. G., in via Valadier 36-A, Roma.

Frodi sulle assicurazioni contro gl'infortuni in Francia.

È stata scoperta a Lilla una truffa perpetrata nel corso di due anni da una quindicina di persone, ai danni di una grande Compagnia, per l'importo di 750.000 franchi. Il metodo attuato consisteva nel portare accuratamente nascoste delle ferite, che poi si facevano passare per infortuni, con la complicità di operai che facevano da testimoni, nonchè di alcuni medici, che ebbero in cura a più riprese gli stessi individui, sotto nomi diversi, per le stesse lesioni. È umiliante che nella professione medica si siano infiltrati individui così destituiti di onestà.

I premi di natalità a Firenze.

Il Podestà di Firenze, in seguito a sua deliberazione in data 8 settembre 1928, ricorda che verrà conferito un premio di natalità di lire centomila fra quei coniugi che abbiano avuto almeno quattro figli dello stesso letto, entro il sessennio 28 ottobre 1926 - 27 ottobre 1932.

A tale premio potranno concorrere quei genitori legalmente coniugati, conviventi e residenti in Firenze, i quali siano di costituzione sana e in particolare immuni da malattie trasmissibili, non dediti all'alcoolismo e che risultino di buona condotta morale e politica.

I figli dovranno essere nati in Firenze durante il matrimonio e dovranno essere viventi al 31 dicembre dell'anno 1932.

Processo contro un chirurgo.

È stato intentato un processo contro il dott. Mezoe di Budapest, da una cliente, sig.na Margherita Kalmann, nel cui addome egli aveva lasciato un pannolino che misura cm. 70 × 55, trovato da un altro chirurgo ad una seconda operazione. La parte lesa ha chiesto, per i danni, una somma corrispondente a 60.000 lire.

Il Mezoe attribuisce la dimenticanza ad una assistente. Il Tribunale ha disposto una perizia.

Rispettare le clienti.

Il dott. Burt White, di Londra, professionista dei più quotati e uomo di mondo, è stato radiato dall'Associazione Medica Britannica, essendosi accertato che egli era l'amante di una signora la quale era anche sua cliente.

La conoscenza datava dal 1930 ed aveva già dato luogo a forti attriti col marito della signora, il quale è un avvocato. Per l'interposizione di comuni amici, si era addivenuti ad una conciliazione. L'avvocato però diffidava; egli fece sdoppiare la linea telefonica del proprio appartamento e per tal modo potè sorprendere una breve conversazione telefonica, in seguito alla quale sottopose al medico un dilemma: pagare le spese di divorzio nonchè versare una somma equivalente a 300.000 lire, da destinare per opere di beneficenza; ovvero lo scandalo. Il medico ha preferito lo scandalo.

Cessava di vivere a Roma, in età di anni 52, il dott. FILIPPO ORTONA, ufficiale sanitario di Barletta. Fu professionista coscienzioso, tanto da acquistarsi l'affetto di quanti lo conobbero.

Dotato di grande rettezza, spiegò la sua attività di funzionario con molta competenza e dedicò con passione il suo forte intelletto nello studio di delicate questioni sanitarie.

Fu sempre animato da principî altamente patriottici ed esempio di costante e onesto lavoro.

L.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XL — Roma, 23 Gennaio 1933 - XI — Num. 4

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

L'ATTUALITÀ MEDICA

Il problema del reumatismo.

I danni recati dal reumatismo agli individui e alla collettività divengono sempre più manifesti e vi si concentra sempre di più l'attenzione così dei medici che dei profani.

Una mole poderosa di ricerche va raccogliendosi al riguardo. Tuttavia il problema resta ancora in massima parte avvolto nell'oscurità.

Ciò accade principalmente perchè l'eziologia del reumatismo non è accertata ed è tuttora discusso se si tratti di forme infettive o se entri in campo il ricambio alterato, e in tal caso quale parte vi abbiano l'insufficienza del meccanismo termo-regolatore e le perfrigerazioni brusche, l'eredità, la costituzione, le disendocrinopatie, il turbato equilibrio acido-basico, la dietetica difettosa, i fenomeni allergici. Di concreto si hanno solo dati negativi: così, i biochimici sono ormai concordi nell'escludere il compito dell'acido urico (generalmente invocato dai medici pratici per spiegare le algie articolari, muscolari, ecc.), come pure dell'acido lattico e di altri acidi organici (presunti prodotti di rallentato ricambio e di ossidazione incompleta).

Le manifestazioni del « reumatismo » sono così varie ed eterogenee, che, in assenza di dati eziologici positivi, i confini di esso restano mal definiti, e quindi anche la diagnosi è malsicura. E come per altre malattie di cui ignoriamo la causa, anche per il reumatismo è difficile stabilire se l'incremento, ora denunziato, delle malattie reumatiche, sia reale od ascrivibile soltanto alla diagnosi più corretta.

Anche i rapporti tra le varie manifestazioni attribuite al reumatismo sono molto vaghi: specie per i legami eventuali tra il reumatismo poliarticolare acuto e il reumatismo cronico, e per le forme, così molteplici, del reumatismo cronico, considerate ora in blocco e ora scisse in più entità.

Fino a quando non conosceremo l'eziologia, sarà difficile che la profilassi e la cura possano divenire causali e perciò efficienti.

I rimedi certo non mancano. A parte quelli classici, come i salicilici nelle forme acute e il calore esterno nelle forme croniche, vi è chi

vanta, oggi, i successi della vaccinoterapia, chi dell'opoterapia, delle cure alcaline, della diatermia, chi esalta gl'interventi chirurgici, diretti ad eliminare i focolai d'infezione; ma non si hanno consensi generali.

Malgrado tutto, si deve riconoscere che qualche luce viene proiettandosi sul vasto problema.

Sappiamo ormai che non si tratta di malattie delle articolazioni e che il reumatismo non è artritismo, ma è una malattia generale con localizzazioni in vari organi e tessuti. Le articolazioni sono colpite con molta frequenza, ma lo sono anche il cuore, i visceri addominali, il sistema nervoso centrale, i muscoli, le sinoviali, le aponevrosi, il tessuto cellulare sottocutaneo, ecc.

Da siffatta vasta visione della malattia, sono derivate delle ripercussioni nel campo terapeutico. Ad esempio, sappiamo oggi che, per fronteggiare la malattia, non basta combatterne le localizzazioni, ma occorre sostenere tutto l'organismo e quindi, in primo luogo, conoscerlo, così da valutare e correggere le eventuali insufficienze funzionali degli organi e da spegnere i focolai d'infezione.

Una nozione importante, oggi acquisita, è relativa appunto ai focolai d'infezione. Pur lasciando impregiudicata l'ipotesi infettiva del reumatismo, questi focolai possono essere il punto di partenza di localizzazioni che, se non creano, aggravano la malattia. Denti cariati, tonsille avariate, laringo-faringiti, sinusiti, enterocoliti, colangiti, prostatiti, annessiti, cerviciti, ecc. reclamano efficaci interventi. Se pure il terreno reumatico predispone a queste infezioni a focolaio, esse divengono però, a loro volta, fattori morbigeni, in un vero circolo vizioso, e può molto giovare di eliminarle.

Fino a qual punto siamo oggi attrezzati per fronteggiare il problema?

Come può il medico regolarsi per la diagnosi?

Che cosa può egli fare di fronte ad un malato che vede per la prima volta, colpito da forma reumatica acuta? E di fronte ad un paziente torturato da reumatismo cronico?

Abbiamo stimato utile di raccogliere degli elementi al riguardo e di offrirli ai lettori. La pubblicazione dell'attuale numero monografico ci sembra pienamente giustificata e confidiamo che sarà accetta ai lettori (*).

La Redazione.

(*) Data la vastità dell'argomento, il materiale da noi raccolto — per quanto selezionato — è stato copioso e non tutto ha potuto trovar posto nel numero. Alcune recensioni verranno pubblicate prossimamente.

RIVISTE GENERALI.

CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA

diretta dal prof. C. FRUGONI.

Studi ed esperienze sulle infezioni focali.

Dott. MARCELLO LUSENA, aiuto e docente.

Secondo la dottrina delle infezioni focali sviluppata in America sulla base di numerose osservazioni cliniche ed esperienze ad opera di Rosenow e poi dai suoi collaboratori e allievi e solo da poco tempo conosciuta e variamente accolta in Europa, numerose malattie sarebbero originate da ricettacoli di tessuti infiammati, non di rado minimi per dimensioni e intensità e senza alcun rapporto apparente colle malattie medesime. Ma è giusto precisare come gli studi di Rosenow non costituiscano, come taluno potrebbe credere, la dottrina stessa; ne rappresentano soltanto il periodo più recente, quello sperimentale, ricco di sorprendenti novità e l'hanno imposto all'attenzione di tutti. Così, in seguito ai singolari risultati di patologia sperimentale annunziati dalla scuola di Rosenow, l'osservazione clinica sistematica in America e altrove si è sostituita alle osservazioni sporadiche che pure servirono di base alla stessa dottrina. I rilievi che l'hanno formata sono stati sistematicamente seguiti da Billings in America e prima ancora da Pässler in Germania. Ma in realtà il concetto che una malattia locale o generale appaia in certi casi legata a un focolaio infiammatorio cronico, per lo più dentale, di per se stesso modesto e simile in tutto a quelli della stessa sede e apparenza ma generalmente innocui, è ormai antico. Le prime osservazioni cliniche ci riportano a parecchi decenni indietro e oggi non raramente appaiono sulle riviste mediche delle rivendicazioni in questo senso. Del resto l'associazione clinica di queste lesioni dentarie e tonsillari con affezioni generali, specie a tipo reumatico, dalle monografie è stata già da parecchio tempo accettata nei trattati di medicina, fa parte delle cognizioni generali ed appartiene alla casistica di molti medici pratici. Ma recente e tuttora *sub judice* è la teoria che tale nesso di causalità sia di natura infettiva. Germi o tossine partirebbero dai focolai di infiammazione cronica, quelli che Billings ha chiamato *foci* e secondo il Rosenow andrebbero a localizzarsi là dove li guida una elettività biolo-

gica e non semplicemente una contiguità anatomica.

Tali foci hanno sede nella prostata, nella cervice uterina, nei seni paranasali, nei denti e nelle tonsille. Ma siccome queste ultime localizzazioni sono di gran lunga le più comuni, così l'infezione focale si riduce in gran parte dei casi a quella che l'Hunter ha denominato *oral sepsis*.

In questo ventennio Rosenow ha investigato sperimentalmente si può dire in tutti i campi della patologia, raccogliendo a suffragio della sua teoria una mole imponente di osservazioni cliniche e di ricerche. Una organizzazione medica e scientifica perfetta e grandiosa al servizio di esperti collaboratori gli ha permesso di estendere notevolmente le sue ricerche. Queste hanno preteso di dare spiegazione di un numero di malattie veramente grande. Di alcune non si conosceva l'etiologia. Di altre si credeva di conoscerla.

Gli streptococchi e per lo più di origine focale apparvero responsabili si può dire della maggior parte della patologia. Malattie reumatiche, malattie dell'apparato digerente, del sistema nervoso, della pelle, ecc. Questi foci, già conosciuti, come ho detto, ma non mai presi in tanta viva considerazione, apparvero così il principale fra i meccanismi patogenetici. Insieme a qualche entusiasmo non poteva quindi mancare una energica reazione contro un insieme di teorie in contrasto reale o apparente con principi acquisiti di batteriologia, di patologia generale, di medicina in genere. Reazione tanto più viva in quanto la teoria doveva necessariamente generare una pratica, come infatti avvenne. La caccia al focus, che purtroppo non è solo tonsillare o sinusale ma anche dentario e come vedremo riguarda spesso denti in buone condizioni dal lato funzionale, dette luogo ad un insieme di brillanti risultati e di amare delusioni. È molto logico che la valutazione subiettiva di principi scientifici, esperimenti, osservazioni cliniche, abbia determinato varie correnti e fino ad oggi non si può dire trovato l'accordo. Infatti da varie parti sono state mosse parecchie obbiezioni. Così Schottmüller (Congresso di Wiesbaden 1930) trova inverosimile che gli streptococchi viridans ospiti abituali delle mucose, presentino il potere patogeno che Rosenow attribuisce loro e che lo stesso germe o germi affini possano provocare malattie disparate. Inoltre non trova paragonabile la malattia umana coll'infezione sperimentale prodotta da dosi esagerate, assolutamente « unphysiologischen » di germi. Anche Kolle fa molte riserve su questi esperimenti, tanto più che alcune malattie, specie del sistema nervoso, sopravvengono anche spontaneamente nel coniglio e l'iniezione di materiali patologici potrebbe favorirne lo scatenamento. Nè si è dimenticato che alcune affezioni che Rosenow pretende di poter riprodurre con iniezioni di streptococchi non sono ritenute di natura streptococcica, ma piuttosto da virus filtranti o ignoti (Pette). Tali obiezioni hanno certamente il loro valore. Tuttavia, come vedremo, non sempre decisivo, di fronte ai risultati sperimentali. Ed è lecito affermare che ad una reazione di scetticismo si è andata sostituendo oggi una seria valutazione di queste teorie e delle pratiche che ne sono conseguenza. La teoria, per quanto discussa, oggi è da parecchi accettata e sebbene l'avvenire le serbi probabilmente in definitiva qualche limitazione, pure è presumibile le resti sempre una notevole importanza.

Rosenow si appoggia principalmente su questi punti:

Incidenza di foci nei pazienti di varie malattie.

Dalla sua statistica essa appare veramente alta; per es. tra gli artritici, neuritici, miositici, le tonsilliti, le piorree arrivano al 70 %. Disgraziatamente non viene riferita alcuna statistica su persone praticamente libere da ogni disturbo all'infuori del focus stesso. Ma quelle cifre sembrano veramente molto elevate. Questo concorda con la mia osservazione personale alla quale da sola non vorrei dare importanza, non essendo certo abbondante come quella di Rosenow. Un punto di particolare interesse su cui questo A. attirò l'attenzione è la frequenza di cerviciti (53-60 %) in donne affette da neurite, miosite, artrite, lesioni oculari, mentre in altri gruppi questa lesione è assente e rappresentata da pochissimi casi. Ma una statistica ancora più interessante è quella riferita da Pässler, la quale riguarda, invece, una sola specie di focus, la tonsillite e considera l'anamnesi di due gruppi di soggetti (soldati) il primo a tonsille sane (il 42 % del totale) il secondo a tonsille cronicamente infiammate. Si vede che parecchie forme morbose e, in primo luogo, le cardiopatie e il reumatismo sono 5-6 volte più frequenti nei tonsillitici che negli altri. Questo risultato (1909) corrisponde del resto a idee ormai correnti e quasi completamente pacifiche sui rapporti fra tonsilliti e forme reumatiche.

Altro punto è formato dai risultati della remozione dei foci (si prendono in considerazione quelli che alla prova biologica hanno dimostrato di contenere i germi agenti della malattia) e dell'uso dei vaccini autogeni. Mi riservo di parlare più avanti delle prove biologiche. La percentuale dei miglioramenti in seguito alla rimozione del focus appare altissima in confronto ai casi controllo. La differenza, invece, tra i casi trattati o no col vaccino, sia in un gruppo che nell'altro, non è abbastanza dimostrativa (per es. 61 e 54 %) e mi pare giusta l'obbiezione che a questo proposito mosse Schottmüller al Congresso di Wiesbaden nel '30. Si ha l'impressione che la rimozione del focus rappresenti davvero in alta proporzione di casi la terapia utile. Quanto al vaccino, io vorrei però osservare che risultati clinici chiari e numerosi non se ne hanno nemmeno in molte di quelle cure vacciniche con germi noti contro malattie note.

A proposito dei risultati clinici della remozione del focus io vorrei far presente che la efficacia di questo provvedimento ancora più che dalla statistica risulta dal caso singolo. Anzitutto è sempre difficile confrontare il numero di guarigioni consecutive o non ad ablazione di focus e valutare esattamente le probabilità delle due condizioni. Inoltre la percentuale di successi può essere piccola e quindi inutilizzabile come controllo della teoria per varie ragioni inerenti alla difficoltà di scoprire il focus o i foci, farne la completa estirpazione, ecc. Ma, se tra i molti casi ve ne sono anche pochissimi in cui la guarigione sia venuta così prontamente dopo l'intervento da eliminare il sospetto della coincidenza, specie quando si tratti di affezioni di vecchia data, ciò deve bastare come dimostrazione che la relazione esiste, a prescindere pel momento dalla utilizzabilità pratica di queste nozioni. Ora tali esempi, specialmente per quanto riguarda le forme reumatiche, abbondano nella letteratura ed io non desidero fare delle enumerazioni che costituirebbero una perdita di tempo. Ma devo specificare che essi sono numerosi non solo presso gli esperimentatori che seguono le orme di Rosenow, ma anche tra molti, diciamo così, isolati. E per questo mi riferisco oltre che a pubblicazioni, alla casistica riferita nel referendum di Palazzi. L'odontoiatra di Pavia segue l'argomento da molto tempo e recentemente ha pubblicato insieme con Diener, un lavoro importante. Vi si riportano le risposte ad un questionario che gli AA. hanno inviato ai giornali medici e a studiosi, italiani e stranieri. Molte delle risposte al questionario (che riguarda solo i foci dentari) si riferiscono a casi assolutamente dimostrativi, tra cui una dello stesso Palazzi. Ma insistere su questo punto mi sembra assolutamente vano, perchè non solo la letteratura è piena di tali conclusioni, ma esse, si può dire, appartengono all'esperienza acquisita.

Dimostrazione di germi nei tessuti affetti.

Alla dimostrazione dei germi nei tessuti affetti, il che nella scuola di Rosenow si fa correntemente, noi daremo importanza, relativamente alla sede.

Parlo, ben inteso, non dei tessuti della lesione focale, che considereremo a parte, ma di quelli della lesione a distanza. Tale dimostrazione che si fa sia microscopicamente, sia batteriologicamente ha, secondo me, un interesse scarso per quei tessuti dove i germi (per lo più streptococchi) possono trovarsi per infezione secondaria (per es. ulcera gastrica) molto maggiore, invece, in quelli, che abitualmente sono sterili (sist. nervoso). La dimostrazione microscopica si fa servendosi del metodo di Gram (presso Rosenow si usano una modificazione del Gram con cristalvioletto in ossalato di ammonio e safranina per contrasto).

Io ho trovato ottimo il metodo di Jones (una delle tante varianti del Gram) che già mi aveva dato ottimi risultati in confronto a molti altri per lo studio delle streptotrichee nei tessuti e che avevo imparato a conoscere in un vecchio lavoro di Polverini sul Piede di Madura (*Sperimentale*, 1903): xilolo, olio di anilina, acqua, violetto di Genziana in acqua d'anilina, lugol, eosina, olio d'anilina, xilolo, balsamo. Sul fondo rosa pallido del tessuto i germi gram positivi spiccano nettamente, così che, anche se poco numerosi, si distinguono con facilità e molto meglio che col metodo usato dagli americani.

Osservazioni serologiche.

Un campo di osservazioni utili è stato per la scuola di Rosenow quello sierologico. I sieri di malati contengono pochi o punto anticorpi contro i germi isolati. Rosenow parla genericamente di mitezza dell'infezione. È possibile che l'assenza degli anticorpi sia determinata, concedendo come già ammesso l'intervento di quei germi nelle manifestazioni in

questione, alla rarità o insussistenza di veri fatti setticemici. È stato dimostrato da quegli sperimentatori che i filtrati di culture riproducono per iniezione le medesime alterazioni che le culture stesse, solo più passeggere. Non è impossibile che in patologia umana, essendo infrequenti o scarsi i germi delle lesioni, come dicemmo, queste siano sostenute da fatti di vera intossicazione. Tuttavia, preparando dei sieri immuni cogli animali da esperimento, si possono fare utili confronti. E cioè si può vedere che il siero preparato col germe da una data malattia reagisce (per agglutinazione o precipitazione è lo stesso) con gli altri stipiti della stessa malattia meglio che con quelli da altre. Occorre tener presente che non si tratta di specificità strettissime come quelle di cui ci serviamo abitualmente a scopo diagnostico, ma pure, secondo le tabelle, assai dimostrative.

La specificità di un dato stipite è labilissima come, del resto, altre sue qualità di importanza essenziale e bisogna lavorare con antigeni preparati subito dopo l'isolamento. Se si considerano certe somiglianze serologiche, sembra di poter notare una certa corrisponza coi tessuti affetti più che colle malattie. Per esempio, mentre la corea entra certamente nel gruppo delle forme reumatiche e si accompagna spessissimo al classico reumatismo, si nota una certa affinità serologica tra i germi isolati da casi di corea e quelli isolati da poliomielite ed encefalite, come se l'affinità verso certi tessuti si accompagnasse a particolari caratteri anche serologici. E questo si può riconnettere con le variazioni serologiche di cui parlerò a proposito delle modificazioni sperimentali della elettività.

Tecnica. — Per preparare l'antigene per prove serologiche, si centrifuga una giovane cultura in brodo glucosato (il liquido sovrastante potrà servire per prove di precipitazione) e tutto il sedimento ottenuto da circa 120 cmc. si raccoglie con un centimetro cubo di miscela glicerina 2 parti, cloruro di sodio 20 per cento 1 parte. In questa miscela l'antigene si conserva inalterato lungo tempo. Per eseguire una prova di agglutinazione si aggiunge a una certa quantità di sol. fisiologica tanta miscela da conferire alla sospensione una opacità doppia di quella di una brodocultura. Questo Rosenow consiglia di fare il giorno prima (probabilmente per separare i germi spontaneamente precipitabili al fondo). Si mescola poi 0,20 di antigene con 0,20 di siero a varie diluizioni, si legge dopo 1 ora o 1/2-2 ore di termostato e il giorno dopo.

Io trovo più comodo gettare in provette con 0,50 di siero a diluizione raddoppiata da 1:10 all'11ª (10240), una goccia di antigene tanto denso che la sospensione riesca tanto simile a quella per l'agglutinazione del tifo (v. lavoro Lusena sull'iperrecettività nell'inf. da viridans). Ma, in un modo o nell'altro l'essenziale sta nel preparare una sospensione stabile di streptococchi. E ciò si ottiene separando per sedimentazione o per breve centrifugazione quelli meno stabili. Secondo la mia esperienza l'agglutinazione è lenta, circa come per le Brucelle. In queste prove il controllo senza siero è particolarmente indispensabile. I conigli producono facilmente sieri agglutinati oltre $\frac{1}{10.000}$.

Il numero relativamente piccolo di sieri ed antigeni che ho potuto preparare e confrontare non mi permette di pronunciarmi. Si tratta di ricerche ancora in corso sui germi da infezione focale in genere. Ma, almeno per quanto riguarda il gruppo delle affezioni reumatiche, ho per ora l'impressione che tali confronti serologici non contribuiscano allo studio della questione.

La parte veramente essenziale in quest'ordine di ricerche è quella che si riferisce alla dimostrazione della elettività dei germi che si ottengono dal malato e alla riproduzione di lesioni paragonabili a quelle umane. Affinchè questa riesca è indispensabile seguire i metodi che la scuola di Rosenow ha elaborati e che in qualche caso si scostano da quelli abituali della batteriologia sperimentale. Io mi sono convinto di ciò dopo di averli appresi direttamente dal dottor Fasting allievo di Rosenow durante il suo soggiorno di circa due mesi nel 1930 nella Clinica di Padova. Brevemente li esporrò.

Esame del paziente e ricerca delle lesioni che eventualmente possano aver funzioni di foci coi mezzi di ricerca soliti in clinica. Prelevamento del materiale. Se si tratta di denti, bisogna sezionare una radice dopo averla sterilizzata con jodio o altro all'esterno, con una forte tenaglia tagliente e metterla in una provetta contenente liquido di Locke con gelatina o anche un liquido inerte qualsiasi e un po' di sabbia la quale, agitando, favorisce la dispersione del materiale. Per il faringe prelevamento con il tamponcino come per la difte-

rite, per le tonsille si fa una spremitura con uno specchietto da laringologo, dopo aver fatto sciacquare la bocca. Quando si tratta di frammenti di tessuto si schiacciano in uno speciale torchietto straordinariamente pratico e comodo che sostituisce vantaggiosamente il mortaio col quarzo. Il materiale, dal quale si può fare un Gram (che in pratica non serve a niente perchè si vede quasi sempre una prevalenza di streptococchi) viene introdotto nei mezzi di cultura. E cioè su una piastra di agar sempre per striscio e nei tubi di brodo cervello. Si tratta di provettoni di brodo glucosato al 2 % ph. 7,7 con un pezzo di cervello ed un pezzetto di marmo destinato a proteggere il pH. dall'acidificazione che tende produrre il cervello. Si può anche mettere l'indicatore di Andrade per vedere subito se una cultura ha acidificato, ma ciò, secondo me, è del tutto inutile. Il tubo di brodo viene bollito prima dell'uso affinchè perda l'aria e dopo l'insemenzamento riceve qualche centimetro cubo di paraffina liquefatta che ne proteggerà una relativa anaerobiosi. Se si vuole avere una idea della ricchezza dei germi nel materiale, si fa lo stesso con terreno contenente anche agar dove vedremo le colonie separate. Ma ciò, per conto mio, è superfluo. Nel brodo cervello gli streptococchi nascono rigogliosamente ed è così favorita la loro purezza, a volte assoluta, a volte relativa, in tutti i suoi gradi. In un quarto circa dei casi nelle piastre non nascono gli streptococchi i quali spesso si isolano come anaerobi e sugli strisci appare soltanto qualche colonia di germi banali. Per l'esperimento ci serviamo solamente della brodocultura anaerobica, non adoperando mai culture più vecchie di 18-24 ore. Ma, secondo la mia pratica, è buona regola insemenzare la mattina in modo da avere le culture verso sera. Quindi culture di 7-9 ore. Se la cultura è impura si usa egualmente e spesso l'animale opera la selezione. Qualche volta, invece, soccombe, specialmente quando la cultura contiene molti Gram negativi a tipo tifo coli.

Ma per lo più si hanno culture pure almeno praticamente. Non è però il caso di assicurarne la purezza con l'isolamento su piastre, perchè questo comprometterebbe l'esito dell'esperimento. Si devono adoperare culture semianaerobiche, giovanissime. Si può iniettare in vena o in peritoneo, o per via endocranica. Io ho generalmente preferito la via endovenosa. Per la dose si calcola circa centimetri cubi 0,50 ogni 100 gr. di peso dell'animale. Ma in realtà questo dosaggio è quasi illusorio perchè le culture variano non solo quanto a densità, ma anche a tossicità e virulenza. Esiti possibili: morte rapida dell'animale per intossicazione, e, in secondi, minuti o più spesso in qualche ora. Morte in pochi giorni con setticemia generale senza localizzazioni. Sopravvivenza lunga con o senza localizzazioni. Per lo più bisogna uccidere gli animali, cosa che va fatta con particolari cautele, per evitare qualunque lesione possa poi essere male interpretata e anche per lasciare libertà di movimenti prima della morte. Ciò è utile per osservare bene fatti di paralisi, artriti, ecc. Perciò l'uccisione si fa nel nostro laboratorio sotto scatola grande a coperchio di vetro nella quale si immette cloroformio. Io mi servo ora con molto vantaggio di gas illuminante da cui, dopo la morte dell'animale, la scatola, che ha due rubinetti, viene liberata per mezzo di una pompa ad acqua. Gli animali devono essere necessariamente numerosi ed è utile necroscopizzarli completamente tutti per abituarsi a utili confronti nelle varie localizzazioni, ecc.

La necroscopia deve essere completa, cioè, non solo riferirsi agli organi del torace e dell'addome, ma all'esame del sottocutaneo e dei muscoli (spesso miositi) principali tronchi nervosi e di tutte le articolazioni, nei limiti del possibile anche il sistema nervoso. Ma tale necroscopia riesce più rapida di quanto non possa sembrare. Prelevamenti con pipette Pasteur dagli organi previa cauterizzazione. Specie se non si desidera fare altri passaggi in animale, ma solo interessa il controllo della presenza dei germi, basta seminare in brodo glucosato ordinario.

Gli animali devono essere osservati spessissimo. Per gli esperimenti sulle lesioni oculari, è utile iniettare prima di mezzogiorno perchè spesso i primi segni di alterazione oculare compaiono dopo poche ore.

Questi metodi servono principalmente per dimostrare l'elettività dei germi. Per riprodurre il vero quadro clinico, gli AA. ricorrono alla creazione di un focus. Questo focus è per lo più dentario e allora l'animale di scelta è il cane. Bisogna devitalizzare un dente, introdurre i germi e fare una otturazione. Oppure creare un focus introducendo in un muscolo una piccola scheggia d'osso imbevuta di cultura o anche facendo una iniezione intramuscolare o sottocutanea o intraarticolare alla quale seguirà una forma suppurativa cronica funzionante come focus. In questo modo Magrassi ha riprodotto delle artriti.

Ciò mi conduce a entrare in merito a uno

dei punti controversi sui meccanismi e sul valore di certe infezioni focali. Mentre non incontra generalmente opposizione dottrinaria il concetto che da focolai infiammatori come cerviciti, sinusiti, tonsilliti, ecc. possano partire dai germi, ciò è stato messo in discussione per i focolai dentari.

Perciò vale la pena di considerare anzitutto le opinioni correnti sulla evenienza di malattie in dipendenza sicura da affezioni dentarie e in secondo tempo quelle sulla possibilità o meno che dette affezioni possano lasciar filtrare i germi che sarebbero poi la causa delle forme morbose.

Relazione causale tra carie dentarie, gangrene polpari e forme a tipo reumatico è stata affermata e documentata fin da molti anni fa da Kaczonowsky (1885), Landgraf (1909), Pässler, Herrenknecht, Weiser, Liebermann (citati da Franke) e più recentemente Rhein, Antonius e Crepa, Szabò, Lust, Handel, ecc. (citati da Palazzi), da Franke, Veil, W. H. Bestwistle, Hensen, ecc. Mi riferisco, bene inteso, a osservazioni cliniche, non a esperimenti e a ricerche batteriologiche.

Nel trattato di Palazzi si riferisce l'osservazione del Rush fatta al principio del secolo scorso su un caso unico di reumatismo articolare guarito dopo l'estrazione di un dente. Si può considerare come una curiosità nella storia di questo argomento. Ma quelle degli altri AA. sopra ricordati sono osservazioni sistematiche e numerose e in gran parte anteriori ai primi studi sulle infezioni focali. Analoghe osservazioni sono state fatte per molte nevriti e iriti. A prescindere, dunque, dai casi straordinariamente numerosi e dimostrativi, di malattie, specialmente reumatiche, legate ad affezioni dentarie che ci offre la letteratura contemporanea (e mi riferisco ancora all'inchiesta Palazzi), possiamo affermare che tale relazione era già stata sistematicamente osservata e studiata dagli antichi autori.

Le alterazioni dentarie funzionanti come foci sarebbero le gangrene pulpari, le periodontiti che solitamente ne conseguono, quindi granulomi, le piorree alveolari. E' verosimile che, come alcuni hanno sostenuto (Citron e altri) l'importanza di queste ultime sarebbe più scarsa per la facilità di drenaggio del materiale infettante. Tuttavia l'osservazione clinica e l'esperimento hanno collegato anche alla piorrea, l'artrite, e del resto si comprende come possa esservi sempre un certo ristagno e riassorbimento. Oltre le forme articolari e in genere a tipo reumatico, gli AA. americani e recentemente gli AA. francesi mettono in relazione colla piorrea anche affezioni svariate, specialmente appendicite, ulcera gastro-duodenale, enterocoliti, colecistiti (Moutier, R. Vincent, Prétet). Per quanto riguarda le forme gastro-intestinali, dobbiamo ricordare l'ipotesi recente e un po' singolare di R. Vincent, secondo il quale la piorrea sarebbe dovuta a germi che vanno a localizzarsi nelle gengive partendo dall'intestino (citato da Goiffon). Ma più delle piorree sembrano pericolosi i granulomi. È stato contestato che i germi possono attraversarne le pareti, ma Rosenow sostiene, e mi pare con ragione, che in tali connettivi embrionali possano esservi dei vasi i quali compromettano l'impermeabilità. D'altra parte è stato dimostrato da Riha (cit. da Palazzi), come spesso la capsula del granuloma sia incompleta. Secondo Rosenow e alcuni callaboratori, del resto, il granuloma periapicale non sarebbe la lesione più pericolosa e anzi rappresenterebbe un meccanismo di difesa (e questo certamente è). Ma i denti infetti, senza tale reazione e senza alterazioni radiografiche, costituirebbero un pericolo più grave. E qui non è però seguito dalla generalità degli AA. Il vero è che dal lato pratico tale concezione non può non turbare il medico, in quanto aumenta la difficoltà diagnostica e il numero di denti funzionalmente efficienti da sottoporre a giudizio come responsabili di lesioni a distanza. Bisogna tener presente che i denti devitalizzati sono sempre infetti (secondo l'opinione generale) e i granulomi ricchissimi di germi. Le ricerche in proposito sono numerose e concordi. Precht, Lucas, Rickert, Haden (cit. da Nickel) e altri lo hanno provato.

Complessivamente, al lume delle attuali conoscenze di patologia generale, nulla si oppone a che da denti infetti granulomatosi o no partano dei germi, anche se non si vuol ricorrere all'ipotesi di forme filtranti, da segmentazione (teoria di Abrami) o tossine, ecc. Circa la frequenza piccola di malattie attribuibili a infezioni focali, in confronto al numero dei denti devitalizzati e infetti, praticamente innocui (è fra le obbiezioni di Kolle), basta riflettere che l'evenienza o l'assenza della malattia poggia sopra un complesso di elementi inerenti alla costituzione del paziente, alla sua resistenza, allo stato anatomico delle lesioni, alla sua disposizione anche a sensibilizzarsi (perchè sembra che un elemento allergico abbia gran parte nel determinismo di certe manifestazioni) ed infine alla virulenza ed eletti-

vità assunte dai germi di cui è portatore. L'esperimento mostra però che talvolta si ottengono dai denti di persone, per il resto sane, germi virulenti ed anche dotati di elettività definite, sebbene con percentuale infinitamente minore che negli individui affetti da malattia a tipo reumatico o no. Segno che anche quelli virulenti non sono sempre generatori di malattie. Tuttavia, a parte le peculiarità anatomiche delle lesioni dentarie, ciò non può far meraviglia quando si pensi a quanti sono portatori sani di germi patogeni, evenienza così conosciuta e comune che non ha bisogno di essere illustrata.

Fra le forme morbose presuntivamente di origine focale, in prima linea sono da considerarsi quelle a tipo reumatico.

Classificando come sindromi a tipo reumatico e non già come puro reumatismo quelle che noi dovremo considerare in relazione all'infezione focale, ci teniamo volutamente in una certa indeterminatezza. Essa ci pare opportuna dal lato pratico, perchè dal lato pratico non sempre il medico può assegnare o no certe manifestazioni al dominio del virus reumatico e anche dal lato scientifico, perchè le caratteristiche del reumatismo non ci sembrano ancora stabilite in modo assolutamente matematico. Alcune alterazioni istologiche descritte da Aschoff per primo, e poi studiate e illustrate da parecchi altri AA., si trovano certo con una notevole frequenza in certi organi e tessuti provenienti da reumatici. Ma non ci risulta siano state trovate e nemmeno cercate in altri tessuti pure affetti certamente del medesimo virus che produceva le prime, e nemmeno che si possa totalmente escludere la loro presenza in malattie non reumatiche, anzi al contrario. Altrettanto si può dire per l'etiologia che è sempre controversa.

Perciò preferisco riferirmi in genere a quel gruppo di malattie e di manifestazioni tra le quali è in primo piano il reumatismo articolare acuto, che hanno in comune l'importanza indiscutibile dell'elemento perfrigerazione, la tendenza alla recidiva, la sensibilità più o meno pronunciata ai salicilici, la frequenza della loro associazione nello stesso individuo, alternativamente o contemporaneamente. Dunque artriti, miositi, endocarditi, nevralgie e nevriti, corea, certe iriti e neuriti ottiche.

Si può dire che nel dominio delle infezioni focali, queste forme occupano il posto più appariscente, sì che il considerarle significa in realtà valutare la dottrina dell'infezione focale.

Una volta riconosciuto che manifestazioni reumatiche in genere (non soltanto articolari) possono essere condizionate a focolai d'infiammazione cronica circoscritta (e questa è osservazione clinica), che da tali focolai i germi possono avere la possibilità di uscire per dirigersi secondo la loro affinità (e questo io credo di poter ammettere), è necessario considerare se l'evenienza del fatto appaia realmente dimostrata. E cioè valutare l'esito degli esperimenti. Essi sono condotti quasi sempre con streptococchi e quindi la loro efficacia dimostrativa sarebbe rafforzata dalla corrispondenza della natura streptococcica del reumatismo. Mentre questa, a sua volta, non potendo dirsi provata con tutta certezza, può attingere autorità dal buon esito degli esperimenti. Bisogna quindi cominciare col domandarsi: che valore assegnare agli streptococchi come agenti del reumatismo? Questo punto investe tutta la questione della batteriologia del reumatismo. Sarebbe lunghissimo il discuterla enumerando anche rapidamente i molti reperti solo degli ultimi anni ed è anche inutile. Preferisco riferirmi alla esauriente relazione di Ceresoli, pubblicata l'anno scorso nella seconda giornata del Reumatismo. Non mi risulta che recentemente siano apparsi fatti nuovi e di speciale importanza. Ma dall'insieme della relazione Ceresoli, come dall'insieme di tutta la letteratura, si può arguire che gli streptococchi sono sempre in prima linea e oggi molto più di anni fa nel problema etiologico del reumatismo. Accanto ad alcuni reperti negativi che certo hanno il loro valore (specialmente quelli di Dawson, Olstead, Boots e recentemente I. Coste e Forestier), ce ne sono moltissimi positivi e, cosa di grande importanza in tale ordine di studi, in scuole e paesi, i più diversi d'America e d'Europa. Io, per conto mio, sono inclinato in fatto di reperti batteriologici, si intende quando i positivi vengono da più parti e da laboratorii rispettabili, a valorizzarli più di quelli negativi, perchè la pratica mi insegna come in molte malattie infettive da agente ormai notissimo e coltivabile, l'emocoltura riesce con relativa rarità. Perciò, pur dividendo l'opinione del prof. Ceresoli, che in realtà la responsabilità dello streptococco nel reumatismo non è ancora matematicamente dimostrata, a mia impressione è lecito assegnare almeno il primo posto nelle ipotesi a questo gruppo di germi. Dico gruppo perchè, a mio parere, una netta distinzione nel campo degli streptococchi non è possibile.

I loro caratteri sono per lo più labili e variabili. A parte la trasformazione streptococco-pneumococco da molti ricercatori di pri-

mo ordine descritta, o quella emolitico viridans che anch'io ritengo di aver veduto qualche volta casualmente (non ho seguito tale fenomeno sperimentalmente e sistematicamente) posso dire con sicurezza che forma di colonie, lunghezza delle catene, velocità di accrescimento, aspetto della brodocultura, ecc., sono caratteri straordinariamente mutevoli. E intendo di aver osservato tutto ciò non nelle culture originali che servono per le inoculazioni, che possono essere impure, ma nelle filiazioni ottenute per isolamento su piastre. Molte apparenze possono essere state prodotte nelle culture dalla qualità del terreno e da altri elementi di carattere ambientale o anche batterico, ma instabile.

Perciò, senza tener conto dello streptococco di determinato nome isolato da un autore o dall'altro, mi limiterei a dire che in linea generica il gruppo degli streptococchi, specie non emolitici e viridans, è quello che oggi tiene il campo nella batteriologia del reumatismo. Vedremo che anche reazioni biologiche tendono a valorizzarlo. E' notevole il fatto che sotto un certo punto di vista la teoria streptococcica del reumatismo s'impone alla nostra attenzione proprio in un lavoro recente, molto importante, dall'anatomopatologo Gräff il quale distingue uno pseudoreumatismo infettivo, coccico, per lo più streptococcico, in relazione all'infezione focale, e un reumatismo specifico da virus ignoto che sarebbe il vero reumatismo contrassegnato da noduli di Aschoff, da formazioni reattive tendinee (Sehnenknötchen) e nel quale l'affezione delle tonsille, sede dell'infezione primaria, teoricamente non dovrebbe giovare per la presenza di lesioni contenenti il virus nei tessuti peritonsillari. Ma, quanto a sintomatologia, i casi descritti di pseudoreumatismo da infezione focale con reperto di streptococchi nelle lesioni, non sono clinicamente distinguibili da quello vero. Di più egli ammette che il reumatismo specifico (cioè quello vero) possa decorrere anche come infezione mista con streptococchi (nel qual caso l'ablazione del focus è naturalmente consigliabile). Ne viene, dunque, che, anche ammessa globalmente la distinzione, dal lato pratico, ogni caso di reumatismo ha almeno alcune probabilità di essere totalmente streptococcico (se è pseudoreumatismo), oppure parzialmente (infezione mista).

*
* *

Quanto agli esperimenti sulle malattie reumatiche, Rosenow li ha condotti con stipiti da miositi, artriti, miocarditi e endocarditi, corea, neuriti, iriti.

Che cocchi si potessero trovare nelle miositi, è risultato molti anni fa (Martinotti, Schmitz). Su numerosissimi casi di miosite, guariti dopo tonsillectomia, hanno riferito tra gli altri Lillie e Lyons, Nortlund, Kelly (cit. da Rosenow and Ashby).

Rosenow e Ashby hanno trovati gli streptococchi nei muscoli di malati. Con questi germi e con quelli isolati da foci hanno riprodotto le miositi nei conigli e, cosa veramente singolare, sulla quale gli AA. insistono, non di rado nelle identiche sedi nelle quali ne erano affetti i pazienti. Le culture morte hanno riprodotte le stesse lesioni, sebbene un po' più leggere (edema, emorragia, focolai d'infiltrazione) con presenza in esse di alcuni streptococchi (morti), le lesioni furono anche ritrovate nei feti della coniglia gravida inoculata.

Io non ho potuto fare osservazioni sistematiche sulle miositi. Ne ho viste qualche volta, ma come manifestazione di setticemia in seguito a iniezioni di culture troppo virulente, e quindi senza nessun interesse.

Gli esperimenti condotti con endocarditi nelle tabelle degli AA. americani, mostrano, al solito, una preponderanza in percentuali di lesioni endocardiche. Occorre, però, tener presente che l'artrofilia, miocardiofilia, e endocardiofilia risultano spiccate in questo gruppo di germi anche in modo aspecifico, non tanto, però, da escludere in detti germi delle elettività specifiche. Per quanto ho potuto vedere io, i germi che provengono dalla gola e dalle tonsille, di malati con endocardite in atto, si comportano come quelli di artrite acuta. Sono, cioè, più artrofili e endocardiofili degli altri e basta. E ciò è comprensibile quando si rifletta alla frequenza con la quale le due localizzazioni si accompagnano. Si tratta di endocarditi vegetanti non simili nell'endocardite umana, con vegetazioni a volte veramente enormi e invasive. Esse hanno importanza solo come localizzazione. Vedremo in seguito come, analogamente a quanto accade per l'artrite, per altre vie si possano ottenere lesioni cardiache molto simili a quelle dell'uomo.

Corea. — Gli esperimenti sulla corea sono, a mio parere poco dimostrativi. Come tutti quelli eseguiti per le malattie del sistema nervoso, sono fatti da Rosenow con iniezione endocerebrale di materiale nasofaringeo e di culture ottenute da animali inoculati. Si producono in alta percentuale di casi sintomi nervo-

si come atassia, movimenti ritmici del capo, spasmi muscolari che possono ricordare i fatti coreici. Di più, il germe si ritrova nel sangue assai frequentemente, cosa che non accade negli esperimenti dell'encefalite e a differenza che in questa malattia produce spesso endocardite ed anche lesioni miocardiche a tipo di noduli di Aschoff. Secondo Rosenow, per lo più l'iniezione endocranica di materiali che non provengono da malati del sistema nervoso, resta senza particolari effetti e può darsi che in percentuale abbia ragione.

Io ritengo, per altre prove eseguite e fatte eseguire in Clinica, che il giudizio sulle manifestazioni nervose centrali sperimentali (a parte certe manifestazioni latenti di encefalite con paralisi) sia sempre assai delicato, perchè scosse, tremori, contratture muscolari, nistagmi, ecc., si hanno nei conigli comunemente per iniezione endocerebrale di streptococchi o di materiale che ne contengono, e mi sembra veramente molto difficile un giudizio clinico.

Esperimenti veramente utili sono quelli che si fanno per iniezioni extracerebrale, tanto più che, come è risultato da ricerche che riferirò fra poco, lo stesso passaggio in cervello può rapidamente creare o esaltare negli streptococchi un neurotropismo. Perciò l'abitudine di fare la selezione biologica di germi patogeni e neurotropi nei materiali polibatterici per iniezione endocerebrale mi sembra almeno da discutersi, e in ogni modo non è permesso di valutare i risultati ottenuti con tale tecnica senza tener conto di questa possibilità. Per quanto io ho visto, gli streptococchi isolati da tonsille di pazienti con corea e reumatismo, si comportano come quelli isolati da casi di solo reumatismo e non mostrano per iniezione endovenosa di essere neurotropi. I pochi casi di corea da me studiati hanno dato risultato negativo nel senso che i germi isolati dalle tonsille infiammate dei pazienti e iniettati nei conigli per via endovenosa non hanno riprodotto nessuna sintomatologia nervosa.

L'elettività per i tronchi nervosi è stata messa in evidenza dagli AA. nei germi provenienti da pazienti con sciatiche ed altre nevriti. Non ho sufficiente esperienza su queste lesioni che ho osservato qualche volta in animali inoculati con germi da reumatici in genere.

*
* *

La lesione più comunemente riprodotta e senza dubbio l'*artrite*. Bisogna tener conto del fatto che essa è la meno specifica nel senso che una certa artrofilia è comune ai germi di cui ci serviamo in queste prove. Essi sono in generale artrofili e cardiofili. Ma, esperimentando con un grande numero di animali, è facilissimo vedere cospicue differenze in questa elettività da stipite a stipite. Anche per questo è utile che in un laboratorio si lavori sulle infezioni focali in genere, senza limitarsi a una sola malattia. In modo che si moltiplicano enormemente i confronti e i reciproci controlli. Per formarsi un'idea dell'artrofilia degli streptococchi del reumatismo articolare in confronto alle altre affezioni, bisogna considerare il numero di articolazioni colpite nel singolo animale, il numero di animali colpiti in un lotto inoculato per un dato caso, il numero dei casi a risultati positivi. Si può dire che iniettando tre conigli con cultura da gola o tonsille di un paziente qualsiasi è molto comune che in uno o due si sviluppi qualche artrite. Iniettando con germi da gola di reumatismo articolare in atto, è facilissimo vedere come tutti e tre i conigli si ammalano e spesso con artrite generalizzata anche a tutte le grandi, medie, minime articolazioni. Tuttavia, s'intende, quando la virulenza non risulta tale da uccidere rapidamente gli animali. Essi cominciano ad ammalarsi di artrite pochi giorni dopo l'iniezione. Bisogna osservare la loro andatura, palpare sistematicamente le articolazioni che diventano dolenti e tumefatte. L'autopsia fa rilevare spesso artriti che l'esame clinico non aveva messo in evidenza. Questi dati mi risultano da una ventina di esperimenti con germi di artriti acute e subacute e da circa sessanta da pazienti non artritici. Considero significative solo le artriti ottenute per iniezioni endovenose di germi isolati dal paziente, senza tener conto degli animali iniettati con cultura tratta da artriti sperimentali precedenti, a causa della facile artrofilizzazione di cui si parla a pag. 20.

L'artrite streptococcica del coniglio somiglia tanto a quella umana da costituire di per se stessa un esperimento dimostrativo? *Assolutamente no*. Si tratta solo di una artrite purulenta banale. Ciò nonostante, a mio parere, ho molto interesse, sotto il punto di vista sperimentale. Non posso condividere il parere del Ceconi per il quale « la dimostrazione... della teoria dell'infezione focale nel riguardo della poliartrite reumatica primaria si deve ritenere come fallita », e « si deve ritenere come non dimostrata la speciale organotropia per le articolazioni degli streptococchi provenienti da focolai di infezione orale,

se streptococchi di qualsiasi provenienza.... sono in grado di provocare nel coniglio artriti con una frequenza non diversa ». Perchè in realtà, esperimentando su molti animali si nota, come dicevo, un più spiccato artrotropismo nei germi appena coltivati da pazienti con artrite reumatica. Quanto alla riproduzione di forme simili alle artriti reumatiche dell'uomo, essa non può riuscire se non si riuniscono quelle condizioni che si hanno in natura. E l'artrite reumatica, anzi, tutto il quadro dell'infezione reumatica, sembra la risultante di un agente infettivo e di una reazione allergica. Tale opinione che oggi gode il maggior favore, non è sorta dalle speculazioni personali di qualche studioso, ma è emersa dalla convergenza di ricerche condotte da varie parti e con diversi indirizzi. Le analogie con la malattia da siero clinicamente osservate già fino da molti anni (Menzer 1902, Weintraud 1913) rappresentano il primo accostamento all'allergia. Ma anche l'anatomia patologica parla in questo senso in quanto forme nodulari a tipo nodulo di Aschoff nel miocardio, reazioni articolari e tutto l'insieme della reazione mesenchiale largamente illustrata da Klinger e dal Gräff, oltre che da Fahr, Clawson, Smith, Shaw, e considerabile come una vera granulomatosi generalizzata, sono stati riprodotti per via esclusivamente allergica, sia pure usando quantità cospicue di siero eterogeneo come allergene (e in tal caso ci si accostava alle condizioni realizzate in quella che Pentimalli ha chiamato intossicazione proteica).

Parecchi AA. (Birkhaug, Kaiser, Strauss) hanno trovato che i reumatici reagiscono cutaneamente agli streptococchi e anche sembra che le reazioni siano più marcate in coloro che hanno noduli sottocutanei o endocardite. Cosa che disporrebbe, quindi, ad accumunare le cutireazioni e le forme produttive in una manifestazione iperergica.

D'altra parte, anche gli esperimenti su animali hanno mostrato che gli streptococchi sono ottimi allergeni. Smith, Derik, Hitchkock per mezzo di streptococchi simili a quelli che altri AA. (Small, Birkhaug) avevano considerato come agenti del R. A., sensibilizzarono cavie e poi produssero in esse reazioni generali mortali con iniezione endovenosa, cutireazioni, congiuntiviti e cheratiti con applicazioni locali, riuscendo a distinguere secondo le reattività gli animali in normali, immuni, ipersensibili. Essi sostennero allora che le manifestazioni reumatiche sono dipendenti da uno stato di ipersensibilità agli streptococchi e a loro prodotti, e che tale ipersensibilità può essere sostenuta da rifornimenti che partono dalle lesioni focali.

Le ricerche di Chini e Magrassi in questa Clinica hanno contribuito moltissimo a illuminare questi rapporti fra infezioni focali e manifestazioni allergiche.

Si considera l'infiammazione allergica (iperergica) come una manifestazione di reattività mesenchimale e anatomopatologicamente si traduce colla comparsa di focolai di degenerazione ialina e anche fibrinoide e di conseguenza una reazione cellulare proliferativa a tipo prevalentemente istiocitario con formazione di noduli. Si tratta (specialmente dalle osservazioni di Gerlach) di reazioni non tanto umorali quanto tissulari, di cui l'apparenza ha molta analogia con quelle che caratterizzano la « granulomatosi reumatica ». Con cospicue quantità di sieri eterogenei, tali alterazioni erano state già provocate, come abbiamo detto, per via allergica. Chini iniettava con siero di cavallo per via endoperitoneale conigli sensibilizzati, mentre un'articolazione veniva trattata con etere o cloroformio e in ricerche successive con acido urico. Così produsse artriti con lesioni che, cronicizzandosi, conducevano a quadri simili a quelli dell'artrite cronica umana.

Magrassi, iniettando con streptococchi morti conigli portatori di un focus instaurato da 10-12 giorni mediante iniezione degli stessi germi vivi sottocute o in un'articolazione, otteneva un quadro generale di granulomatosi. In una percentuale minore di casi questo si costituiva anche spontaneamente in animali portatori di focus, e cioè di una infiammazione cronica. In questo caso venivano, dunque, a realizzarsi le condizioni che paiono proprie della patologia umana, dove la lesione (streptococcica) fornisce di continuo l'allergene come sensibilizzante e come scatenante, o meglio diciamo provocatore di lesioni, giacchè qui non si tratta di choc, come nell'anafilassi umorale.

Macroscopicamente non si notavano lesioni. Al microscopio si riconoscevano nell'endocardio, tendini, muscoli, sinoviale e vasi (nella muscolare) zone di necrosi fibrinoide circondata da proliferazioni a tipo istiocitario, cioè una vera granulomatosi simile a quella riprodotta da Klinge coi sieri. Non si riscontrano streptococchi in queste lesioni che, del resto, risultano sterili. Si tratta, quindi, di fatti prodotti verosimilmente per via allergica dalle sostanze di provenienza streptococcica e non già direttamente da germi che siano filtrati dalla lesione suppurativa.

Tuttavia lesioni di questo genere possono anche contenere dei germi, analogamente a quanto sembra avvenire qualche volta in patologia umana. Nel preparato di miocardio (microfotografia n. 1) si vede una lesione probabilmente di origine focale. Non è stata ottenuta con un trattamento a lungo decorso, ma con iniezione unica. Si trattava di streptococchi provenienti dalla gola di un reumatizzato con irite, e si localizzarono immediatamente nell'occhio del coniglio il quale così malato, visse una diecina di giorni e all'autopsia mostrò endocardite vegetante. Probabilmente questo nodulo si è costituito come negli animali in cui Magrassi creava prima un focus articolare o sottocutaneo. Qui l'occhio infiammato o l'endocardite poteva avere funzione di focus. Questa specie di nodulo (un'area con fatti di necrosi e un gruppo di 9 o 10 cellule giganti) contiene alcuni streptococchi e ciò ha nel caso nostro un particolare interesse, perchè sembra dimostrare di essere stata prodotta dall'infezione sperimentale. Dico questo perchè il Miller ha trovato in molti conigli certe forme nodulari con fatti di alterazione miocardica, con infiltrazioni cellulari di vario tipo e una sola volta con cellule giganti polinucleate. Si trattava verosimilmente di qualche infezione spontanea. Nel nostro caso la presenza dei germi pare ci permetta di escludere una simile evenienza.

Ecco, dunque, come la convergenza di ricerche avviate da varie parti e in varie direzioni, finisce col creare una immagine che ha tutta l'apparenza di essere vicina alla realtà più di quanto non possa essere una semplice ipotesi da lavoro, sulla natura allergica infettiva, probabilmente streptococcica delle forme reumatiche, come infezioni focali. E gli elementi che ci fanno orientare in questo senso sono: l'osservazione clinica, il riconoscimento delle squisite qualità allergiche degli streptococchi e delle reazioni allergiche capaci di suscitare nei reumatici, la riproduzione per via allergica delle principali lesioni reumatiche, prima coi sieri eterogenei, poi e meglio usando gli streptococchi come allergeni e lasciando al focus la funzione di fornire antigene per i due tempi del fenomeno allergia; infine la constatazione della particolare artrofilia propria in questi germi, specie se isolati da artritici reumatici.

Vale la pena di ricordare che mentre le descritte lesioni sono riproducibili solo con grandi quantità di siero eterogeneo e le localizzazioni per iniezione unica per lo più richiedono grandi dosi di cultura, questa è sufficiente in dosi modestissime se la si usa come allergene. Del resto già era stato notato che certe lesioni si riproducevano meglio ripetendo piccole dosi che non con una dose massima, e questo fa pensare all'elemento allergia. Ciò, insieme a quanto ho fatto presente fino ad ora, concorda con quanto lo Zironi va sostenendo da molto tempo sulla iperrecettività nelle malattie infettive.

FIG. 1. — Accumulo di cellule giganti nel miocardio di un coniglio morto 10 giorni dopo una iniezione di streptococchi da gola di reumatico. (Em.-eosina 300 diametri).
(In un'altra sezione dello stesso pezzo colorato col metodo Jones si vedono gli streptococchi).

I suoi studi sul decorso delle infezioni spontanee e sulla riproduzione di quelle sperimentali, dimostrano quanta importanza abbia nel determinismo del quadro morboso quella particolare iperrecettività per cui si distinguono gli individui normali da quelli che per iniezioni o per rifornimenti da focolai morbosi hanno subìto ripetutamente l'azione dell'antigene. Nel caso di malattia a tipo setticemico, la iperrecettività si presenta particolarmente nel suo aspetto umorale, che io ho avuto modo di mettere in evidenza in patologia spe-

rimentale e in patologia umana e che consiste, secondo le mie ricerche, nella scomparsa del potere battericida normale del sangue per un determinato germe, nonostante, o meglio, a causa, secondo me, dei molti anticorpi formatisi. Donde si rende possibile la libera circolazione dei germi nel sangue, cioè la setticemia. Nel caso delle malattie diciamo a tipo tissulare, la maniera di reagire delle cellule all'antigene appare particolarmente viva e diversa che negli individui non ancora sensibilizzati da quell'antigene, per cui ne risultano alterazioni che in un tessuto nuovo non avrebbero avuto luogo.

La granulomatosi reumatica quale ci appare alla stregua delle osservazioni anatomiche, dei confronti con quella allergica (Klinge) e dalla patologia sperimentale ora illustrata, entra, dunque, a buon diritto nell'insieme delle concezioni che formano la dottrina di Zironi sulla iperrecettività nelle malattie infettive.

Per quanto abbiamo detto, crediamo si possa svalutare la critica di quelli che ritengono infirmato il valore degli esperimenti sulle infezioni focali dal fatto che le lesioni (specie articolari) non somigliano abbastanza a quelle umane, e perchè si usano dosi di germi cospicue.

Ciò, ben inteso, non significa accettare senz'altro e in blocco la teoria stessa.

Del resto, io ritengo che la patologia delle infezioni focali nell'uomo sia eminentemente tossinica. Già vedemmo che Rosenow stesso ha riprodotto le lesioni (sebbene più leggere e fugaci) con iniezioni di filtrati e di germi morti (lo stesso ha ottenuto Magrassi). Inoltre, se si considerano i tessuti ammalati in genere (a prescindere dal solo reumatismo), per es. sezioni di ulceri gastriche o di sistema nervoso, ecc., si vede che gli streptococchi sono numericamente scarsi. E' difficile attribuire a loro o soltanto a loro il quadro morboso. E ciò viene fatto di pensare anche esperimentando sulle malattie oculari, come dirò.

Riassumendo, posso affermare che la mia esperienza personale conferma il concetto della particolare affinità per le articolazioni dei germi isolati dalle tonsille dei reumatici articolari e le esperienze riferite, specie quelle compiute in questa clinica, mettendo per lo più in azione l'elemento allergia, confermano anche come dall'unione dei due momenti allergia e affinità nascano risultati veramente soddisfacenti e tali da imporsi almeno all'attenzione di chiunque consideri il problema del reumatismo.

Fra le malattie riferibili al meccanismo dell'infezione focale, mi pare che il gruppo più interessante sia quello delle forme oculari. Queste hanno il pregio, dal punto di vista sperimentale, di poter essere riprodotte con grande frequenza e rapidità per mezzo di germi isolati dai relativi pazienti, mentre, al contrario di quanto avviene, per esempio, per l'artrite e endocardite, è molto raro vederle nei controlli. Così non è punto necessario eseguire centinaia di esperimenti per scoprire una prevalenza nella oculofilia dei germi di malati di occhi in confronto di quelli da persone sane o, comunque, senza lesioni oculari. Di più, tali lesioni si diagnosticano, si esaminano e si seguono benissimo in vivo.

Nota. — Di questo ampio e interessante studio, daremo la fine in un prossimo numero.

La Redazione.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Sopra alcuni casi di reumatismo cerebrale

per il dott. Andrea Ferri, medico condotto.

Il quadro nosologico di quella gravissima forma dell'infezione reumatica, che va sotto il nome di *reumatismo articolare iperpiretico* o *reumatismo cerebrale* è ben noto, perchè anche i trattati non recenti ne danno una descrizione chiara e completa, quantunque non sempre adattabile ad ogni singolo caso.

Pare che in Francia si sia manifestata con una certa frequenza, nella 2ª metà del secolo scorso, dato che vi sono sull'argomento numerose pubblicazioni di autori francesi di quell'epoca, fra i quali, in ordine cronologico, Hervez de Chëgoins, Gosset, Valleix, Vigla, Mesnet, Criesinger, Ranvier, Wilson Fox, Féreol, M. Raynaud, ecc.

Nella mia modesta pratica ho avuto occasione di osservarne tre casi, tutti e tre ad esito letale; il 1° nel febbraio del 1926; gli altri due, quasi contemporanei, nel novembre-dicembre del 1929. Credo opportuno riferirli e fare su di essi alcune brevi considerazioni, tanto più che si tratta di persone, delle quali conoscevo bene i precedenti, essendo stato loro medico curante per oltre un ventennio. Dal lato diagnostico, i casi che riporto furono controllati da egregi colleghi; i primi due al loro domicilio, il terzo in un ospedale, ove l'infermo trascorse gli ultimi giorni di vita.

OSSERVAZIONE I. — Angelo G., di anni 30, colono, della fraz. di Sala. Non presenta alcunchè di notevole nel gentilizio e nei precedenti remoti. Nel gennaio del 1923 ammala di tonsillite febbrile, alla quale segue immediatamente una poliartrite acuta e poi complicanze viscerali multiple (pleurite bilaterale, endocardite, pericardite con versamento liquido).

Di fronte a queste ultime, le manifestazioni articolari passano in seconda linea; il malato presenta febbre elevata, forte dolore precordiale e laterale toracico, dispnea intensa. Le sue condizioni diventano in breve gravissime; per consiglio di un egregio consulente, viene intensificata la cura salicilica, continuandosi a sostenere il cuore coi cardiocinetici ed il paziente riesce a superare la grave crisi, raggiungendo la convalescenza, dopo circa tre mesi di letto. Nell'ottobre dello stesso anno avviene una ricaduta, con inizio dall'articolazione tibio-tarsica destra. Si rinnovano tutte le complicazioni dell'attacco precedente, con lo stesso corteo sintomatologico, quantunque di intensità meno allarmante. Dopo una degenza anche più lunga della prima volta, il malato potè di nuovo alzarsi, rimanendo però molto defedato per le complicanze cardiache.

Consigliai una vita di riposo e di riguardi, ma il paziente, mal rassegnandosi a queste limitazioni, si diede a frequentare altri ambulatori; dimodochè io lo perdetti di vista fino al 4 febbraio del 1926, quando una terza riacutizzazione lo costrinse di nuovo a letto. Questa volta notai una maggiore agitazione, sudori profusi anche prima della somministrazione dei salicilici, insonnia e nei giorni seguenti subdelirio, stato somigliante al tifoso. La cura salicilica non portò remissione nè beneficio alcuno.

Insieme col prof. Lanzerini di Bologna si sospettò un reumatismo cerebrale; rimaneva un dubbio per la mancanza della iperpiressia. La temperatura infatti si manteneva sui 39°, anche nell'ultimo giorno di vita; poi aumentò rapidamente, toccando i 42° nelle ultime ore e togliendoci così ogni dubbio diagnostico. Il 18 febbraio, ore 23, *obitus*.

OSSERVAZIONE II. — Ulisse B., di anni 34, macellaio, della fraz. Padulle. Niente di notevole nel gentilizio. A 12 anni ebbe un primo attacco importante di poliartrite e successivamente qualche altro più leggero.

A 18 anni una forma grave di tifo con enterorragia imponente. Guarì e potè fare servizio militare in guerra, dove pure sofferse una volta di reumatismi. Pesa più di 110 cgr., ha un aspetto floridissimo, ma con facilità soffre di dolori reumatici, che qualche volta lo obbligano anche al letto. Presenta un breve soffio sistolico alla punta, che io ritengo esito di endocardite reumatica precedente.

Alla fine di ottobre del 1929, in seguito a tonsillite, è preso dai soliti dolori reumatici. Dapprincipio non chiama il medico, sia perchè la temp. passa di poco il 37°, sia perchè, presentando una abbondante sudorazione spontanea, ritiene di non dovere fare altro che stare a letto e favorire la diaforesi coi mezzi fisici. Fu richiesta l'opera mia il 2 novembre, perchè la temp. cominciò a passare il 38° e le localizzazioni articolari si fecero più dolorose. Sono prese le spalle, i gomiti, le ginocchia, la tibio-tarsea e la 1ª articolazione metatarso falangea destra. La temp. raggiunge ogni giorno i 38°,5 nel pomeriggio ed ha una forte remissione mattutina, e questa curva termica non viene affatto modificata dal salicilato di sodio. Il p. si lamenta di insonnia e di peso alla testa, del quale incolpa anche il salicilato.

Ha una abbondante epistassi, che poi si ripete verso la fine. Compare qualche accenno di delirio notturno. La temp. nei giorni successivi raggiunse e superò i 39°. Il consulente, prof. Lanzerini, pensò al reumatismo cerebrale e la diagnosi fu confermata dal successivo decorso e dall'esito letale, che avvenne l'11 novembre alle ore 22.

Anche in questo caso una vera iperpiressia comparve solo nelle ultime 12 ore, nelle quali la temperatura raggiunse e superò di poco i 41°. Gli antitermici chimici non mostrarono alcuna efficacia. Un beneficio evidente si ebbe in un primo tempo con l'applicazione di alcune borse di ghiaccio al capo, al petto, all'addome, La diminuizione di temperatura ottenuta in questo modo coincise con un sensibile miglioramento delle condizioni generali, ma solo momentaneo, perchè poi la malattia riprese il suo corso fatale.

In questo caso fu particolarmente spiccato il sintoma indicato da Hermann e da Weber, cioè la *frequenza inusitata delle minzioni*.

OSSERVAZIONE III. — Fioravante S., colono, di anni 35, della fraz. di Bagno. A 17 anni ebbe un attacco di poliartrite acuta con endocardite ed esito di insufficienza mitralica, che fu ben compensata e non gli impedì di compiere servizio militare in guerra. Durante il soggiorno in trincea, ammalò nuovamente di poliartrite, in causa della quale, passò alcuni mesi negli ospedali militari e poi fu riformato. Nel 1922 ammalò di tifo, che superò felicemente ed in seguito si rifece tanto bene, che potè mantenersi buon lavoratore agricolo.

Nel dicembre del 1929 fu costretto nuovamente a letto, con manifestazioni articolari molto gravi. Dapprincipio credette di potersi curare da sè, favorendo la diaforesi coi mezzi fisici, tanto più che presentava abbondante sudorazione spontanea, dimodochè la prima volta che lo visitai, il 13 dicembre, egli aveva già notato da alcuni giorni il decorso della temperatura, che ogni sera raggiungeva invariabilmente i 38°,8 e presentava una remissione mattutina notevole. L'effetto dei salicilici fu assolutamente nullo; il p. presentava anche leggero dolore epigastrico, con discreto meteorismo, lingua saburrale, insonnia, stato melanconico, dimodochè, ammaestrato dai casi precedenti, pensai al reumatismo cerebrale e consigliai il trasporto dell'infermo all'ospedale più vicino. Ciò avvenne il 16 dicembre ed io stesso mi recai dal medico primario, dott. Burchi, per comunicargli la mia diagnosi ed il grave pronostico che ne derivava.

Nei giorni seguenti, malgrado le cure più assidue, la febbre aumentò fino a raggiungere l'iperpiressia e la sera del 21 dicembre avvenne il decesso.

Esaminando i tre casi sopradescritti, è facile rilevarne la perfetta somiglianza, sia per

quanto riguarda l'eziologia (età dai 30 ai 35 anni, parecchi attacchi precedenti di poliartrite, complicata da localizzazioni viscerali), che per quanto riguarda la sintomatologia e il decorso, contenuto in tutti e tre entro un ciclo di due settimane, con febbre dapprima moderata e remittente, non modificata dai salicilici, poi innalzantesi fino all'iperpiressia finale; con fenomeni che accennavano ad una compartecipazione del cervello, anche prima della comparsa di temperature altissime.

L'alcoolismo, ritenuto fattore predisponente di prim'ordine, mancava in tutti e tre, essendo stati soltanto moderati consumatori di vino.

Se poi si confrontano le storie cliniche soprariferite con quanto ci è reso noto dalla letteratura medica, apparirà facilmente qualche differenza, per la quale è necessario ammettere che l'affezione in discorso presenti una fisonomia alquanto variabile. C. Oddo, nel suo libro: «La medicina d'urgenza» fece un'accurata rassegna di questo argomento, venti anni or sono; ben poco di notevole è stato aggiunto dalle pubblicazioni posteriori. Afferma Oddo che il *reumatismo cerebrale costituisce una complicazione impreveduta e come accidentale dell'infezione reumatica e che la iperpiressia rapida è spesso il primo segno precursore*. Abbiamo visto che nei nostri casi l'iperpiressia non fu che un fenomeno terminale, mentre esistevano fin quasi dal principio altri sintomi che davano alla poliartrite un carattere non comune e tale da far temere un seguito ben più grave. È vero che questi sintomi: (intensa sudorazione spontanea, cefalea, insonnia, delirio notturno, tristezza), sono enumerati anche da Oddo nella sua completa disamina; è vero che egli ammette, secondo la classica memoria di Maurice Raynaud, che vi sono casi eccezionali che decorrono senza iperpiressia, ma dalla affermazione sopracitata dell'A. francese, scaturisce un concetto del reumatismo cerebrale, che può essere quello della maggioranza, ma che non è conforme alle osservazioni qui riportate.

Dieci anni fa, Mignot e Marchand pubblicarono un caso di reumatismo cerebrale ad esito letale, in cui la temperatura non superò i 39°,1 e si è verificato anche il caso inverso: cioè una iperpiressia mortale, senza sintomi cerebrali (osservazione di Rosenthal). Si può dire ad ogni modo che, per la diagnosi, non è sempre necessaria la presenza di temperature sopraelevate.

Segno di capitale importanza è ritenuta anche la *scomparsa delle artropatie*, insieme con la brusca elevazione della temperatura e l'aggravamento dei fenomeni generali. Qualche cosa di simile si è avuto nei nostri casi, quantunque si sia trattato più di notevole attenuazione, che di scomparsa delle artropatie.

Un fatto che nei miei casi è stato manifesto fin dai primi giorni e che perciò assume, a mio parere, una certa importanza diagnostica e prognostica, è il *fallimento della cura salicilica;* la nessuna influenza benefica, la nessuna modifica della curva termica da parte di quel medicamento che, per parere concorre, è lo specifico del reumatismo.

Questo fenomeno insolito, che non mi è mai capitato negli altri numerosi casi di poliartrite curati, non è da confondersi con l'azione insufficiente che si verifica quando il salicilato non viene somministrato nella dose voluta.

Quando, nei casi ordinari di poliartrite, il salicilato di sodio viene dato in dose non abbastanza elevata, si rileva egualmente una certa influenza benefica, sia sui fenomeni dolorifici che sulla temperatura.

Pur avendosi una attenuazione dei vari sintomi, la malattia continua il suo corso, insidiando gli organi interni. E allora può succedere che il medico, anzichè incolpare l'insufficienza della dose, incolpi dell'insuccesso il salicilato. Da ciò può essere tratto ad abbandonare la strada maestra, affidandosi ai succedanei raccomandati dalla moderna reclame e perdendo l'esatto orientamento terapeutico, con danno incalcolabile del malato.

Detto questo per incidenza, ripeto che nei casi sopradescritti l'effetto terapeutico fu assolutamente nullo fin dall'inizio, tanto da far pensare a forme di poliartrite affatto speciali. Questa constatazione, a mio giudizio, potrebbe costituire un nuovo elemento importante da aggiungersi agli altri sintomi di cattivo presagio e vi insisto perchè di esso, come segno precursore degli accidenti cerebrali del reumatismo, non ho trovato cenno nella letteratura medica.

La prognosi del reumatismo cerebrale, ritenuta infausta nel cento per cento dei casi, sarebbe migliorata, specie secondo gli autori francesi, dopo che Wilson Fox ebbe introdotto nella cura di questa affezione il bagno freddo, prolungato e ripetuto fino ad ottenere un abbassamento notevole della temperatura e associato alle consuete iniezioni cardiotoniche.

Oddo chiama il bagno freddo *la sola proba-*

bilità di salute e afferma che in questo modo *hanno potuto essere guariti i casi più disperati.*

La mia modesta esperienza mi ha fatto da molti anni partigiano convinto dell'antipiresi fisica nelle forme morbose che decorrono con temperature elevate o anche con temperature medie, ma di alquanto lunga durata. E, dato che i bagni non sempre sono praticabili nelle cure domiciliari, i mezzi più a portata di mano e che nel contempo non disturbano molto il malato, sono: il ghiaccio a permanenza e gli impacchi rinnovabili ed estesi a gran parte della superficie cutanea. Frequentissimi sono i casi nei quali questi mezzi terapeutici devono avere la precedenza su ogni altra medicazione, perchè da essi, se applicati con le modalità adatte ad ogni singolo caso, può dipendere la vita di un infermo.

Su questo argomento mi sono intrattenuto altre volte a proposito della febbre tifoide: (vedi la bibliografia). Ma è necessario considerare che nel caso del reumatismo, il passaggio da una cura ad effetto diaforetico ad una refrigerante, che sembra in antitesi con la prima, nella pratica corrente non è facile, perchè urta contro il pregiudizio dei profani e contro la prevenzione anche di medici. A tenere sospesa nel curante una decisione in questo senso, contribuisce anche l'incertezza diagnostica, che può persistere fino alla comparsa dell'iperpiressia, la quale, mentre forma l'indicazione principale del bagno freddo, può essere molto tardiva e di breve durata, sboccando rapidamente nell'esito letale, prima che un tempestivo intervento sia stato messo in opera.

Nei tre casi soprariportati fu applicata qualche borsa di ghiaccio, ed ho già accennato come nel 2° caso tre borse di ghiaccio contemporanee portassero un beneficio evidente, quantunque transitorio. Dopo l'*exitus*, io rimasi col dubbio che una antipiresi fisica più attiva ed intensa avesse potuto portare un miglioramento definitivo, e col rammarico di non averla effettuata.

Credo di poter concludere che, quando in un caso di poliartrite reumatica acuta, specialmente se grave e recidiva, si veda fallire del tutto la cura salicilica e la temperatura salire malgrado gli antitermici chimici; quando, oltre a questi segni abbastanza significativi, siano presenti i sintomi accennanti a lesione nervosa, più sopra elencati, tanto da rendere possibile la diagnosi od il fondato sospetto di un reumatismo cerebrale; data la prognosi sempre gravissima che questa affezione comporta e la nessuna efficacia di ogni altra cura, si deve ricorrere senza esitazione all'antipiresi fisica, praticandola o coi bagni o con altri mezzi, se più adatti al caso ed all'ambiente, e intensificandola fino al grado voluto, quando compaia una vera e propria iperpiressia.

RIASSUNTO.

L'A. espone tre casi di reumatismo cerebrale, mettendo in rilievo alcuni sintomi e segni, pei quali la detta affezione poteva essere diagnosticata od almeno sospettata con fondamento, prima del comparire di una iperpiressia. Ritiene che in questa forma morbosa, come già consigliarono Wilson Fox, Féreol, M. Raynaud, Oddo ed altri, si debba senza esitazione passare dalla cura salicilico-diaforetica inattiva, ad una energica antipiresi fisica, come unica probabilità di salute.

Sala Bolognese, novembre 1931.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

ROSENTHAL. Deutsche med. Wochens., 1891.

S. VALENTI. *Sopra il reumatismo articolare iperpiretico.* Rassegna clinica e terapeutica, Napoli, 1892.

W. OETTINGER. *Trattato di Med.* CHARCOT-BOUCHARD, 1895.

GANDY e BORDAIT LAGUEULLE. *Reumatismo cerebrale acutissimo.* Soc. méd. des Hôp., 1905.

A. FERRI. *Un quadriennio di endemia tifica.* Bull. delle Scienze mediche, Bologna, 1911.

ID. *Febbre tifoide e gravidanza.* Policlinico, Sez. pratica, Roma, 1922.

MIGNOT e MARCHAND. *Un caso di reumatismo cerebrale.* Bullet. et mém. Société Méd. Hôpitaux, 1921.

DALPRATO. *Tre casi di reumatismo cerebrale iperpiretico.* Soc. Med. Chir. della Romagna, novembre 1925.

SUNTI E RASSEGNE.

Sul significato della parola: reumatismo.

(W. NEUMANN. *Die Med. Welt*, 30 luglio 1932).

La Società Tedesca per la lotta contro il reumatismo si è assunto il lodevole compito di convincere i medici ad abolire la parola: *reuma*. Finora molte malattie dei muscoli, dei nervi, delle ossa, delle articolazioni erano etichettate sotto il nome di reumatiche. Si era finito col chiamare reumatiche tutte quelle malattie, la cui genesi appariva oscura.

Questo stato di cose era dannoso non solo al buon nome della scienza ma anche all'interesse diretto del malato; in quanto, affibbiata la comoda etichetta di reumatismo, il compito indagatore del medico si arrestava e subentrava la ancor più comoda terapia salicilica.

Oggi le cose sono di molto cambiate: nessuno si permette più di chiamare vagamente *reumatismi* una artrite urica o una malattia di Perthes o di diagnosticare per *reumatoide* una artrite gonorroica od una spondilite tifica.

Ad aiutare questa buona volontà del medico nel ricercare la vera causa delle svariatissime malattie che prima si comprendevano sotto il nome di reumatismo, la Società di cui sopra ha comunicato una specie di classificazione, secondo la quale il termine reumatismo è riservato a tre sole malattie:

1) il reumatismo articolare acuto o *polyartritis acuta;*

2) il reumatismo articolare cronico secondario alla forma acuta;

3) il reumatismo articolare cronico primitivo distruente, completamente differente per etiologia e prognosi dai primi due.

Rimarrebbe il reumatismo muscolare: che cosa esso sia non si può ancor oggi dire esattamente. Un reumatismo delle ossa e dei nervi non è conosciuto.

Alle suddette forme deve essere limitato il termine *reumatismo.* Tutte le altre forme trovano i loro limiti netti di separazione nella loro varia etiologia. Alla classificazione della Società Tedesca che distingue forme acute e forme croniche, l'A. preferisce sostituire una classificazione basantesi sull'etiologia, a seconda cioè che si tratti di forme infettive

Malattie articolari batteriche:

1) *poliartrite acuta* da cui può svilupparsi il

2) *reumatismo cronico secondario;*

3) *reumatismo cronico primario distruente;*

4) *metastasi piemiche articolari;*

5) *tubercolosi articolare* compresa la malattia di Grocco-Poncet;

6) *artrite luica* o artrolues tardiva;

7) *artrite gonorroica* per lo più monoarticolare;

8) *artrite da infezione intestinale* (coli, tifo, paratifo, ittero catarrale, ecc.);

9) *artrite da altre malattie infettive* (scarlattina, morbillo, varicella, eresipela, malaria, polmonite).

Malattie articolari non batteriche:

1) *artrite deformante,* post-traumatica, statica, trofoneurotica (*malum coxae senilis);*

2) *necrosi ossee asettiche*: malattia di Köhler, di Perthes, di Schlatter, *osteochondritis dissecans;*

3) *malattie articolari di origine endocrina;* artrite climaterica, nodi di Eberden, artrite acromegalica;

4) *artriti da anomalie del ricambio*: gotta, artrite alcaptonurica;

5) *artriti da malattie del sistema nervoso*:

a) organiche: *tabes*, siringomielia, m. di Raynaud, trofoneurosi e la *Trophopathia pedis dysplastica;*

b) funzionali: idrope intermittente;

6) *artrite nell'emofilia;*

7) *tumori;*

8) *lussazioni e anomalie congenite*: spondilosi e simili;

9) *malattie periarticolari*: bursite calcarea, coxa vara, ecc.

Nello schema sopra riprodotto non sono naturalmente comprese tutte le alterazioni che possono verificarsi a carico delle articolazioni. Esso può essere, una specie di guida onde potersi orientare nell'intricato campo delle malattie articolari e giungere così ad una esatta diagnosi etiologica e conseguentemente ad una diretta terapia causale. E questo è ciò che più importa. G. LA CAVA.

Le malattie reumatiche e pseudo-reumatiche.

(H. STRAUSS. *Die Med. Welt*, 30 luglio 1932).

Può sembrare paradossale il dire che noi conosciamo meglio che cosa sia lo *pseudo-reumatismo* che non il *reumatismo*: eppure questo è lo stato delle nostre cognizioni, almeno fino ad oggi.

Una chiara definizione della malattia reumatica sarà possibile solo quando un po' di luce si sarà fatta sull'etiologia di essa. Oggi dobbiamo contentarci di studiare i fattori concomitanti, siano questi esogeni od ambientali ed endogeni o costituzionali. Si è parlato molto in questi ultimi anni di una costituzione reumatica, o di una speciale forma di reazione reumatica dell'organismo. Definire un simile concetto non è semplice, nè risolverebbe il problema. Fra le condizioni esogene o ambientali il raffreddamento è da tempo conosciuto come uno degli elementi più costanti: di che natura sia questa azione del freddo non è stato chiarito nemmeno dalle ricerche più moderne.

L'A. pensa che il raffreddamento, avendo una diretta influenza sul sistema neurovegeta-

tivo e specialmente sul sistema vasomotorio, provochi delle profonde alterazioni nel metabolismo locale dei tessuti, alterazioni che possono avere poi ripercussioni a tipo ormonico sull'organismo tutto.

Sotto il nome di *pseudoreumatismo* si comprendono le malattie dolorose dei tegumenti, della muscolatura, dei nervi, tendini ed articolazioni, la cui etiologia sia nota.

Si possono distinguere due forme di reumatismo: una infettiva, l'altra non infettiva; la forma infettiva può anche essere chiamata reumatoide. Carattere comune alle due forme è il dolore.

Per la diagnosi differenziale è necessario un esame clinico particolarmente accurato. La diagnosi « per exclusionem » sarà frequentemente usata e malgrado ciò gli errori diagnostici non saranno rari. Si vaglierà attentamente l'anamnesi per quanto riguarda i fattori meteorotropi e criotropi (raffreddamenti). Necessario è un esatto esame obiettivo specialmente dei nervi, dei muscoli e del ricambio. Anche lo scheletro deve essere accuratamente osservato perchè dietro molti pseudoreumatismi si nascondono delle alterazioni statico-dinamiche o delle alterazioni ossee. Un esame radiografico della colonna vertebrale può mettere in evidenza delle alterazioni della colonna mai prima notate come anche un esame del faringe della bocca e dei denti può far scoprire la vera causa della sindrome pseudo-reumatica.

Mentre la diagnosi delle malattie articolari a tipo acuto si presenta piuttosto facile, non altrettanto può dirsi delle forme a tipo cronico. Così come nella forma acuta bisogna sempre domandarsi se si sia in presenza di una malattia pseudo-reumatica, la cui etiologia può essere svariatissima (gonorroica, tubercolare, sifilitica, posttifosa, postscarlattinosa) o se si tratti di una malattia articolare a base trofoneurotica, così nelle forme croniche bisogna porre il quesito se si sia davanti ad una artrite o ad un'artrosi, intendendo con le prime le forme infettive, con le seconde le forme degenerative. Per le forme infettive bisogna domandarsi se il processo è limitato alla sola sinoviale (endoartrite) o se si è diffuso alla capsula ed ai legamenti (periartrite e panartrite); stabilire se si tratti di una forma secca o essudativa.

Siccome il dolore è forse il sintoma dominante in queste malattie la terapia deve volgere più che altro ad esso.

In questi ultimi anni il numero dei medicamenti lanciati in commercio per combattere le nevralgie, mialgie e le artralgie è enorme: quasi tutti sono preparati salicilici: l'A. crede sia meglio in questi casi attenersi ai preparati più semplici, purchè di assoluta purezza.

La terapia che più ha avuto applicazioni nel campo dei reumatismi e pseudoreumatismi è stata la terapia fisica: a parte quei mezzi fisici che richiedono apparati speciali e costosi (diatermia, bagni a vapore, raggi Röntgen, radiumterapia) bastano molto spesso dei mezzi semplici ed a portata di tutti (sabbia calda, esposizione al sole, impacchi di semi di lino, ecc.) per ottenere una notevole diminuzione dei dolori. Bisogna anche cercare di favorire la traspirazione cutanea, pensando alla importante funzione che ha nel ricambio organico la cute.

Il massaggio è utilissimo, purchè praticato da chi conosce bene l'arte: massaggio locale e generale. Per chi ne ha i mezzi, il soggiorno in una stazione termale adatta, rappresenta l'ideale delle terapie. G. LA CAVA.

Sui reumatismi cronici: loro classificazione.

(A. GOVAERTS. *Bruxelles-Méd.*, 21 febbr. 1932).

In questi ultimi anni, lo studio dei reumatismi cronici è stato l'oggetto di numerose ricerche ed in base ad esse ci si è sforzati sempre più di raggrupparli secondo dati etiologici e patogenetici.

Teissier e Roques considerano i r. c. come l'effetto di una infezione od intossicazione endogena o esogena che agisce più facilmente e rapidamente quando l'organismo è predisposto da cause generali.

Essi distinguono perciò tre tipi di reumatismi: 1) infettivi; 2) etero-tossici; 3) autotossici.

Ma questa classificazione trascura il modo nel quale intervengono i fattori etiologici e quello nel quale reagiscono i diversi organi.

Goldwait ha proposto una classificazione analoga ma che tiene conto più particolarmente del processo patogenetico. Egli divide i r. c. in: 1) artrite infettiva, 2) artrite atrofica deformante, 3) artrite ipertrofica. Ma si tratta di una classificazione incompleta.

M. P. Weil distingue i r. c. in artriti: *a*) infettive, *b*) metaboliche, *c*) proteiniche, *d*) vascolari, *e*) distrofiche, *f*) per carenza. Ma occorre tener presente che queste cause possono essere la conseguenza l'una dell'altra o sovrapporsi tra di loro nella produzione del r. c. donde la difficile applicazione di tale classificazione.

Francon e Forestier sono di opinione che si debbano riunire in una sindrome le manifestazioni cliniche del r. c. Esse possono essere realizzate da cause veramente efficienti che agiscono isolatamente o simultaneamente e che sono di natura: infettiva, tossica, vascolare, meccanica, nervosa, endocrina. Va aggiunta a ciò la reazione personale del soggetto, sotto l'espressione di una diatesi.

Poynton propone una classificazione più semplice: reumatismo articolare acuto, reumatismo deformante, artrite infiammatoria, osteo-artrite. L'interesse di questa classifica-

zione è di separare il reumatismo articolare acuto dalle altre forme reumatiche e di escludere così la nozione del reumatismo primitivo detto ancora essenziale.

F. Coste e J. Lacapère hanno affrontato il problema dei reumatismi cronici sotto i suoi due aspetti: quello della sua etiologia e quello della patogenesi ed hanno riservato quest'ultimo per tentare una classificazione.

Essi dividono i r. c. in due gruppi: le artriti e le artrosi. Le prime sono legate a l'infiammazione e le seconde sono l'espressione di processi di usura, di senescenza dovuti a dei fattori distrofici generali o locali, meccanici e statici.

L'A. allo scopo di rendere più completa la suddetta classificazione propone di modificarla come segue.

1° Artrite: natura infiammatoria.

2° Artrosi:

degenerative: da lesione del tessuto osseo, cartilagineo e dei legamenti periarticolari (reum. art. deformante, noduli di Heberden, osteofiti ecc.);

distrofiche: da disturbi neuro, endocrino-umorali (reum. ovarico, tiroideo, della menopausa, proteinico ecc.);

discrasiche: da disturbi della nutrizione generale (r. epatico-gottoso, dell'obeso ecc.).

Così modificata la classificazione di Coste e Lacapère si conforma alle nozioni acquisite recentemente, essa esclude la nozione del reumatismo primitivo, considera il reumatismo cronico come una sindrome limitata alle articolazioni, suscettibile di presentare sotto forme diverse seondo la natura dei processi patologici, la sua intensità e la importanza dell'impronta che essi hanno lasciata.

VICENTINI.

I sintomi iniziali del reumatismo articolare acuto e loro importanza patogenetica.

(G. SINGER. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 16 dicembre 1932).

Il reumatismo articolare acuto o artrite infettiva acuta, come la gran maggioranza delle infezioni, si inizia con un periodo prodromico caratteristico.

In primo piano stanno i fenomeni a carico delle fauci e della bocca.

È risaputo come molte volte il quadro clinico della malattia è preceduto da processi tonsillari, che nella quasi totalità dei casi sono dovuti ad infezioni streptococciche.

In altri casi il punto di partenza si trova in affezioni auricolari e forse anche nella piorrea alveolare.

Di solito molto prima della comparsa dei caratteristici sintomi articolari si ha uno stato generale febbrile che o si manifesta con un brivido iniziale o rassomiglia con il suo lento progredire al quadro clinico del tifo addominale con tumore di milza e diarrea. Alcuni autori attribuiscono questo stadio tifoso ad embolie endocarditiche.

La febbre nel reumatismo articolare acuto e cronico ha un suo carattere particolare, ed è indipendente dal processo articolare potendolo precedere nella forma di febbre prodromica o seguirlo. Anche l'endocardite può costituire un fenomeno iniziale o tardivo. Conviene infine tener conto che vi sono casi senza alcuna manifestazione articolare (Rheumatismus sine artritidis, fièvre rhumatismale).

Nelle forme iperpiretiche non di rado si hanno gravi fenomeni nervosi (reumatismo cerebrale). Talvolta si può avere la combinazione del reumatismo articolare acuto con la corea

I fenomeni a carico della pelle (Purpura, Peliosis) possono accompagnare l'infezione o esserne una manifestazione iniziale sotto forma di Erythema multiforme; sono di regola sintomi di determinate invasioni batteriche, che furono dimostrate sotto forma embolica nella pelle.

Il fatto più significativo e patologicamente più importante è costituito dalle localizzazioni cardiache: endocarditi, pericarditi, pancarditi. Alcune statistiche fanno arrivare fino all'80 % dei casi le complicazioni cardiache. Queste sono determinate da cocchi, stafilococchi, streptococchi, fra i quali lo streptococcus viridans. Al riguardo è molto discussa la quistione se queste forme batteriche costituiscono l'agente patogeno della malattia fondamentale o siano invece un'infezione secondaria.

Per quel che riguarda il viridans, è certo che esso si distingue dagli altri streptococchi; anzi ne sono state descritte diverse varietà. Esso imprime al reumatismo articolare acuto fin dal primo momento caratteri di gravità. Ma non sempre è legato ad una prognosi assolutamente infausta.

I processi cardiaci costituiscono in genere una manifestazione secondaria del reumatismo acuto, una localizzazione viscerale dell'infezione, ma possono anche essere la prima e talvolta l'unica estrinsecazione della malattia.

Vi sono complicazioni articolari di altre infezioni che possono assumere il quadro caratteristico della poliartrite reumatica acuta: tali sono il reumatismo dissenterico, scarlattinoso, gonococcico, le poliartriti che si verificano nel corso del tifo, della polmonite, dell'influenza, del puerperio, ecc. Ma esse di solito sono manifestazioni tardive della malattia primaria e quindi difficilmente possono far sorgere equivoci diagnostici.

Aschoff e Tawara dimostrarono nelle lesioni articolari e cardiache la presenza di noduli particolari che essi credettero specifici del reu-

matismo. Ma ulteriori osservazioni misero in evidenza tali noduli anche nelle lesioni scarlattinose (Fahr), e nell'arteriosclerosi e nella periarterite nodosa (Dürck).

Decisive per la risoluzione di questa questione furono le ricerche di Klinge, il quale potette dimostrare che i noduli di Aschoff altro non sono che prodotti di alterazioni di tessuti, che possono essere determinati da differentissimi agenti lesivi specifici e non specifici. Si tratterebbe di formazioni reattive (allergiche) prodotte da agenti tossici diversi, agenti che nel caso del reumatismo sarebbe costituito dalla tossina dello streptococco.

Comunque, in ultima analisi, l'agente produttore dei noduli sarebbe sempre il germe infettivo.

Lo studio dei prodromi, del decorso e delle complicazioni del reumatismo articolare acuto fa concludere che questa malattia è un'infezione che ha il suo punto d'ingresso per lo più nelle fauci, invade l'intero organismo per la via del sangue, localizzandosi prevalentemente nelle articolazioni e nel cuore. Ma è sopra tutto in quest'organo che produce le lesioni più irreparabili. Giustamente Lasègue scrisse: « le rhumatisme aigu lèche les jointures, la plèvre, les meninges même, mais il mord le coeur ». DR.

I sintomi iniziali del reumatismo cronico.

(A. MESTER. *Acta Rheumatologica*, agosto-settembre 1932).

La diagnosi precoce del reumatismo cronico ha notevole importanza dal punto di vista prognostico, perchè l'accertamento tempestivo della esistenza e varietà del male consente una terapia più efficiente.

Al riguardo occorre un esame minuzioso del cuore, dei pulmoni, degli organi addominali, delle fauci, della bocca ecc., e quindi un esame sistematico e non meno minuzioso degli organi di movimento: articolazioni, ossa, muscoli, borse mucose.

L'esame delle articolazioni si pratica con la ispezione, la palpazione e l'ascoltazione.

La regione del gomito è quella nella quale si localizzano i primi sintomi del male. Tra essi i più importanti sono i noduli reumatici, situati sulla faccia posteriore del gomito, sopra e sotto l'olecrano, sotto la pelle, sul tendine del tricipite. Possono essere isolati o raggruppati in numero di 10 o più. Sono di consistenza dura; grossi come una testa di spilla fino ad un piccolo pisello; poco mobili alla base, ma separati dalla pelle; spesso dolenti spontaneamente, sempre alla pressione e durante lo stadio infiammatorio dell'affezione. Macroscopicamente i noduli si presentano come verruche di un rosso vivo o cianotico, duri, posti sul tendine del bicipite e sulla parete posteriore della capsula articolare. Microscopicamente hanno la struttura dei « Sehnenknötchen » descritti da Gräff.

Quando i noduli reumatici sono raggruppati possono fondersi in un pacchetto che distende la pelle formando una sporgenza sopra o sotto l'olecrano. Talvolta i noduli premendo sull'ulna determinano una periostite reattiva indolente spontaneamente ma dolorosa alla pressione.

I noduli sono di solito simmetrici, ma possono essere anche unilaterali.

La loro durata è variabile. Possono spontaneamente o in seguito a cure regredire, ma di solito ricompaiono dopo qualche tempo per persistere indefinitamente.

Talvolta possono riscontrarsi disseminati lungo la faccia anteriore della tibia, o sui tendini flessorii delle estremità.

In qualche caso intorno ai noduli si nota versamento limitato della guaina tendinea.

Il secondo sintoma obbiettivo del reumatismo cronico è l'ingrossamento delle glandole linfatiche. Queste sono situate nel solco bicipitale interno in prossimità del gomito, possono essere uniche o multiple. Sono grandi da un pisello ad una prugna, dure, mobili sulla base, non aderenti alla pelle. A differenza delle glandule sifilitiche sono molto dolenti alla palpazione.

Quando nel corso del reumatismo cronico è preso il polso, si può palpare una piccola glandula linfatica nel solco radiale, all'infuori dell'arteria radiale, in prossimità del polso.

La constatazione dei noduli reumatici e delle glandule ingrossate, che per lo più sono simultanei, ha una grande importanza per la diagnosi differenziale poichè essi compaiono solo nel reumatismo articolare cronico primitivo allo stadio acuto, e non nella poliartrite reumatica acuta con decorso subacuto.

Un altro sintoma precoce del reumatismo cronico, che segue ai precedenti, è la camptodactilia, ossia l'inflessione permanente, irriducibile di uno o più dita, specie del mignolo, con integrità delle articolazioni falangee e delle aponeurosi palmari. Per lo più è bilaterale, si stabilisce lentamente, senza dolore.

La camptodactilia è un segno precoce grave del reumatismo cronico in quanto indica un terreno costituzionale predisposto all'affezione. Il fatto che la si riscontra anche nei tubercolotici non diminuisce la sua importanza, anzi prova un certo legame tra le due condizioni.

Un altro sintoma precoce importante è il fine crepitio nella articolazione interfalangea di uno o di ambedue gli alluci. Il crepitio nell'articolazione metatarso-falangeo dello stesso dito è più forte ma più tardivo.

Seguono in ordine di tempo le esostosi che sono polimorfe ed a sede varia, limitate o diffuse.

Un esostosi diffusa per uno o due cm. si può riscontrare nella regione del gomito sul margine posteriore dell'ulna. Si presenta nella forma di un gonfiore rotondo dell'osso. La pelle che la ricopre, è spesso indurita e pigmentata.

Un'altra localizzazione frequente è quella sterno-claviçolare, dove produce dolori spontanei specie di notte.

Altre esostosi sono le seguenti:

1) le nodosità di Heberden alla base delle ultime falangi delle dita, spesso multiple, simmetriche o non, talvolta dolenti spontaneamente, indolenti alla palpazione; 2) la nodosità del carpo descritta da A. Leri e P. Marie; 3) le esostosi del metatarso del 5° dito del piede.

La diagnosi precoce dell'osteartrosi non presenta difficoltà. Un sintoma importante della gotta oltre i tofi, è il dolore al contatto del tendine di Achille in prossimità della sua inserzione al calcagno. DR.

Reumatismi cronici di origine epato-biliare.

(WEISSENBOCH, GLÉNARD e FRANÇON, *Nutrition*, vol. 2°, n. 2, 1932).

La concezione dei reumatismi cronici è molto modificata e si va modificando sempre. Nella loro etiologia si ammettono oggi l'intervento di fattori assai vari: esogeni (infezioni, intossicazioni, traumi, agenti fisici) o endogeni (disturbi funzionali e lesioni degli organi). Tra questi agli AA. sembra che l'apparato epatobiliare, forse per la difficoltà della semejotica fisica e biochimica del fegato, sia tenuto in troppo poco conto.

L'apparato epato biliare può produrre varie forme di reumatismo: una *forma infettiva* per invasione settica delle vie biliari. Una *forma umorale* comprendente due sotto varietà: una *forma colloidoclasica* per insufficienza proteopessica del fegato; ed una *forma gottosa* (così detta in mancanza di termine migliore, per indicare la forma da alterate funzioni endocrine che assicurano la costanza chimica degli umori (acido urico, colesterol ecc.).

In tutte queste forme si deve distinguere un *periodo algico* e un secondo *periodo organico* con alterazioni delle parti molli e dei tessuti osteocartilaginei.

Il primo periodo doloroso sarebbe prodotto da modificazioni fisico-chimiche del sangue determinanti fenomeni vaso-motori, turbe simpatiche ecc., qualcosa che per gli AA. ricorda l'orticaria. Alla varietà enorme delle possibili cause di algie fa riscontro una uniformità straordinaria di reazioni isto-patologiche che la loro ripetizione non tarda a provocare: si tratta in fondo di fatti di ostogenesi e di osteolisi che variamente complicati danno i noti quadri radiologici ed anatomopatologici.

Clinicamente il *reumatismo infettivo biliare* sia nella forma puramente algica, sia in quella di vera poliartrite cronica, è creato e mantenuto da uno stato settico delle vie biliari, si tratti di angiocolecistite semplice o litiasica. Specie nella forma algica una terapia medica condotta con metodo contro lo stato infettivo epatobiliare, o l'intervento chirurgico, arrivano per lo più a vincere le manifestazioni articolari. Nella poliartrite giunta alla fase cronica ciò è più difficile. Questi casi rientrano in fondo nella « *focal arthritis* » degli Inglesi, e nella « *Infekarthritis* » dei Tedeschi.

Ma esiste poi una varietà di reumatismo cronico verosimilmente legata all'insufficenza della funzione proteopessica del fegato.

Quando, per una ragione od un'altra il fegato manchi al suo ufficio di arrestare i prodotti derivanti da una alimentazione insufficentemente disintegrata, queste sostanze penetrando in circolo, e per l'intermediario di perturbazioni umorali e simpatiche, determinano dei fatti morbosi in territorii diversi; ciò che presso qualcuno darà orticaria, asma, emicrania, edema di Quincke, in altri individui produrrà nei tessuti connettivi ed osteoarticolari delle manifestazioni dello stesso tipo che si riveleranno come fenomeni di tipo reumatismale.

Di questi fatti, sebbene clinicamente molti fenomeni sembrino renderli certi, mancano prove sperimentali sufficienti.

Vi è poi la terza forma di reumatismo epatobiliare, quella che gli AA. indicano come *gottoso*.

Dal punto di vista biologico il fegato prende senza dubbio una gran parte nella produzione della sindrome umorale della gotta: iperuricemia plasmatica e globulare, iperossalemia, ipercolesterolemia, iperbilirubinemia, azotemia leggera, iperglicemia moderata. Tutti questi termini messi in evidenza da Garrod, Chauffard, Weil e Guillaumin sottolineano l'importanza del fegato nella gotta.

Così pure i segni urinari attribuiti al reumatismo gottoso si riportano tutti alla insufficienza epatica: abbassamento del rapporto azoturico, elevazione del coefficente di imperfezione ureogenetica di Maillard, aumento del coefficente ammoniacale.

Si comprende come il fegato possa influire sulla patogenesi dei reumatismi cronici.

L. TONELLI.

Reumatismo cronico e paratiroidi.

(LAPORT. *Journ. Méd. Franç.*, n. 1, 1932).

L'eziologia del reumatismo cronico viene a rendersi più complessa per il fatto che alcune osservazioni cliniche dimostrano l'importanza delle paratiroidi nel meccanismo di produzione. Meccanismo ancora mal precisato, osservazioni contraddittorie a prima vista; che permettono

però di pensare a turbe se non anatomiche almeno funzionali che possono dare origine a certe forme di artrite cronica. L'A. in un primo gruppo di osservazioni ha visto che alcune artriti anchilosanti miglioravano con la *paratiroidectomia* parziale mentre i casi di reumatismo banale deformante venivano modificati dall'*iniezione* di *estratti paratiroidei*.

Il chirurgo russo von Oppel aveva proposto la *paratiroidectomia* nel trattamento della spondilosi rizomelica o poliartrite anchilosante dei tedeschi partendo dal concetto teorico che questa operazione doveva essere utile nei casi in cui era elevato il tasso della calcemia. Il suo assistente Ssamarin, studiando 55 casi, di cui 28 presentavano ipercalcemia netta e 8 un tasso di calcio sanguigno superiore a 13 centigrammi per litro, giunse alle seguenti conclusioni: che mai Oppel riscontrò adenoma paratiroideo col quale spiegare l'aumento della calcemia. Ssamarin facendo dei preparati istologici in serie in 10 casi su 31 non riscontrò tessuto paratiroideo il che lo rese prudente nella interpretazione dei risultati ottenuti con la paratiroidectomia. Questo intervento però dette risultati incoraggianti e cioè scomparsa della saldatura articolare e del dolore, alla sera dell'operazione. Il miglioramento continuò nei giorni successivi e i pazienti potevano camminare senza sofferenze. I risultati lontani però furono meno favorevoli poichè su 30 pazienti osservati per 21 mesi, soltanto 16 restarono migliorati. Dal punto di vista biologico la paratiroidectomia riportò subito al tasso normale la calcemia e la eccitabilità muscolare elettrica.

Questi studi in Francia furono ripresi da Lériche che ottenne dei risultati quasi analoghi tranne in un punto e cioè che l'ipercalcemia nella spondilosi rizomelica fu riscontrata soltanto 3 volte su 20. Questo risultato forse sarà dovuto alla diversa tecnica usata nel dosaggio.

Lériche abbandonò la paratiroidectomia e propose di praticare la sezione delle branche dell'*arteria tiroidea inferiore*. Le sue esperienze gli dettero i seguenti risultati: 1) In un uomo di 21 anni ottenne guarigione di una poliartrite anchilosante che rimontava a 5 mesi e che bloccava le articolazioni del rachide, della spalla, dell'anca e del ginocchio e la calcemia era di gr. 0,11. Il miglioramento persistette per più mesi.

In un altro gruppo di 20 casi studiati il Lériche giunge alle seguenti conclusioni: 1) La calcemia è sempre normale nei casi in cui si può sospettare eziologia gottosa o infettiva. 2) Vi sono casi in cui esiste frequentemente l'ipercalcemia. 3) Casi in cui non esiste nè gotta nè infezione con calcemia normale o abbassata. Questi malati non possono essere differenziati nè per la localizzazione differente dell'anchilosi nè dall'esame radiologico.

Il Lériche conclude affermando che soltanto i casi con ipercalcemia dovuti ad iperparatiroidismo trovano miglioramento nell'operazione.

Weissenbach e Françon trattarono, metodicamente, con successo, reumatismi cronici deformanti con estratti paratiroidei. Si servivano di estratto paraormone Lilly dosato in ragione di 20 unità Collip per centimetro cubico nelle dosi da 10 a 20 unità per giorno e di estratti francesi Byla e Choay da 1 a 2 cc. In un malato di 44 anni affetto da reumatismo cronico deformante da più di 4 anni in primo tempo non ebbe risultato incoraggiante, ma dopo qualche giorno notò movimenti più liberi e diminuzione del dolore.

L'A. conclude sperando che la tecnica del dosaggio del calcio perfezionandosi e il trattamento con gli estratti paratiroidei potranno dare risultati molto più positivi nel trattamento del reumatismo cronico.

T. LAURENTI.

Considerazioni sul reumatismo di origine ovarica.

(F. PECO. *El Siglo Medico*, 30 aprile 1932).

Se si esamina in maniera attenta il ruolo che rappresentano le infezioni nella patogenesi del reumatismo articolare e si fissa l'attenzione sull'importanza che ha nella genesi di questa malattia il terreno individuale o personalità endocrina del soggetto, non si può non dare ragione ai numerosi AA., i quali, avendo notato la non sempre contemporanea coesistenza di disturbi articolari e focolai settici anche latenti, si domandano se realmente il reumatismo cronico sia in tutti i casi infettivo e se il terreno individuale non abbia una parte importante nella tendenza alla cronicità delle manifestazioni articolari.

Thomson divide le forme di reumatismo cronico in:

isotrofiche in cui sono comprese le artriti curate e guarite con la distruzione del focolaio settico;

atrofiche quelle che si osservano nei soggetti del tipo carnivoro di Bryant e che si associano generalmente a disturbi endocrini, quasi sempre ipertiroidei;

ipertrofiche che si osservano nei soggetti del tipo erbivoro di Bryant e si associano generalmente a disturbi ipotiroidei.

La classificazione di Thomson, dando maggiore importanza alla tiroide piuttosto che all'ovaio e al testicolo, risulta forse un po' troppo assoluta. È ad ogni modo indiscutibile che la relazione fra reumatismo e sistema endocrino verte principalmente sulla tiroide e sull'ovaio: resta a discutere quale di queste due ghiandole rappresenti il fattore più importante nella preparazione di un terreno ideale per lo sviluppo dell'affezione articolare.

Secondo Marañon ed altri, i disturbi endocrini non sarebbero la causa diretta della ma-

lattia articolare bensì sensibilizzerebbero il terreno su cui agirebbe la vera causa etiologica del processo, che verrebbe in seguito fissato e cronicizzato dalla diffusione endocrina.

Questo concetto è forse il più giusto: molte sono infatti le insufficienze ovariche manifeste nelle quali manca ogni dolore articolare, mentre in altri casi si giunge ad avere un vero e proprio reumatismo deformante, nel quale la insufficienza ovarica ha una parte importantissima, come lo dimostra il risultato favorevole ottenuto con la terapia ovarica.

In sostanza l'A. crede che il fattore endocrino, e quello ovarico più del tiroideo, disimpegni un ruolo importante nella etiopatogenesi dei reumatismi cronici, ma che la sua importanza sia circoscritta nei termini di fattore predisponente, senza avere alcuna influenza sul tipo anatomico ed evolutivo delle lesioni.

G. LA CAVA.

Il substrato anatomo-patologico e batteriologico del reumatismo tubercolare.

(F. BEZANÇON. M. PIERRE WEIL, J. DELARNE e Y. OUMANSKY. *Presse Méd.*, 27 aprile 1932).

Oggigiorno si ha tendenza a considerare come tubercolare una affezione per il fatto che si può, nell'organismo malato, mettere in evidenza dei bacilli, sia con l'esame diretto, sia con le culture, sia con l'inoculazione di un prodotto patologico o del sangue. Tali constatazioni costituiscono in effetti un criterio importante ma insufficiente e la storia sperimentale della linfogranulomatosi maligna lo prova.

Anche la constatazione di lesioni tubercolari tipiche non ha un valore assoluto perchè si può avere associazione di due tipi di lesione come nella linfogranulomatosi. Non si può d'altra parte esigere, per fare la diagnosi, la presenza di lesioni follicolari tipiche poichè il carattere della forma clinica, come è dimostrato da un caso descritto dagli AA., è precisamente l'assenza di lesioni follicolari.

È l'insieme dei dati clinici che permette di affermare la realtà del tipo morboso. Il decorso e la tendenza alle anchilosi lo distinguono dalla malattia di Bouillard.

L'insieme dei fatti che vanno sotto il nome di reumatismo tubercolare comprende casi molto disparati. In un primo gruppo di casi, la caratteristica del tipo clinico è l'esistenza di fenomeni, infiammatori che fanno rassomigliare, almeno in questo momento, la malattia al reumatismo articolare acuto. La prova della natura tubercolare è però data dal fatto che su una delle articolazioni affette si costituisce una lesione tubercolare banale, un tumore bianco. Ciò si può spiegare invocando una setticemia bacillare che colpisce parecchie articolazioni e si localizza in modo elettivo su una di esse sotto forma di anchilosi o di tumore bianco.

In un secondo gruppo di fatti la rassomiglianza con il reumatismo articolare acuto è maggiore; non vi è alcuna tendenza alla localizzazione del bacillo in una articolazione; durante tutta la loro evoluzione, gli accidenti articolari conservano il tipo della poliartrite reumatica, ma con un rimarchevole parallelismo fra i miglioramenti e le ricadute delle lesioni polmonari e delle flussioni articolari.

Un pneumotorace, che arresta l'evoluzione della tubercolosi polmonare, fa scomparire le manifestazioni articolari; le iniezioni di tubercolina le risvegliano. Si può ammettere in tali casi una sensibilizzazione probabile delle articolazioni e l'esistenza di vere reazioni focali articolari quando evolve la tubercolosi polmonare.

Il reumatismo tubercolare è una vera reazione di ipersensibilità ed è questo carattere che precisamente lo avvicina al reumatismo articolare acuto che può essere considerato come una reazione di tipo allergico.

C. TOSCANO.

L'artrite deformante.

(H. PERN. *The Medic. Journ. of Australia*, 6 agosto 1932).

L'etiologia più accettata è quella infettiva, che ammette l'esistenza di un focus infettivo.

Per la funzione delle articolazioni colpite, queste subiscono delle modificazioni anatomiche, le quali, durante i movimenti, provocano processi infiammatori aggiunti di origine meccanica.

L'artrite deformante è causata originariamente da un processo infettivo, ma a questo si devono aggiungere altri fattori.

Ci sono tre forme anatomiche: una con lesioni prevalenti alla senoviale e ai tessuti periarticolari (artrite reumatoide), una con prevalente atrofia della cartilagine e delle ossa, e una con prevalente ipertrofia e aumento di volume delle ossa (osteoartrite).

Non sappiamo però con precisione le condizioni che facilitano lo sviluppo di una forma piuttosto che di un'altra.

Nel decorso clinico ci sono tre stadî: dell'infiammazione acuta, poi dell'infiammazione cronica con alterazioni meccaniche, e infine dei cambiamenti permanenti con difetti meccanici. Il primo stadio può venire qualche volta a guarigione senza passare per gli altri stadî. Se non guarisce, ma passa al 2° stadio, la posizione in cui si tiene l'arto ha grande importanza sull'esito funzionale definitivo.

La prognosi è buona nelle forme acute, mentre nelle forme croniche è buona soltanto se la terapia sarà adeguata.

L'A. ha delle vedute personali in fatto di terapia. Il riposo deve essere limitato al pe-

riodo acuto, altrimenti provoca alterazioni permanenti. Il riposo va prescritto quando c'è dolore forte. Passato il periodo acuto si dovranno fare esercizi e massaggi e l'esito della cura dipende dal giusto alternare di periodi di riposo con periodi di mobilità. Nel periodo più acuto del dolore è utilissima l'applicazione di una fasciatura compressiva con lana.

R. LUSENA.

La polmonite reumatica.

(B. A. GOULLEY e J. EIMAN. *American Journal Medical Sciences*, marzo 1932).

Le manifestazioni polmonari della poliartrite reumatica sono tutt'altro che rare. Da tempo si è riconosciuto che nel corso di detta infezione si può verificare una polmonite.

Il termine di polmonite reumatica una volta fu assegnato al processo pneumonico a frigore, poi passò a determinare la complicazione del reumatismo articolare acuto. Ma la tendenza alla precisione fece abbandonare i doppi termini che potevano far sorgere confusioni etiopatogenetiche, come quelli di polmoniti reumatiche e di tifo-malaria.

Le manifestazioni pulmonari verificantisi nel corso del reumatismo articolare acuto furono considerate complicazioni dovute ad altre infezioni. Questa concezione fu suggerita sopratutto dalla convinzione che l'infezione reumatica si localizzasse solamente nelle articolazioni e nel cuore.

Gli studî più recenti hanno messo in evidenza che se queste localizzazioni sono le più frequenti non sono le esclusive.

Possono essere colpite tutte le sierose, specialmente la pleura, l'endotelio vasale, ed anche i parenchimi degli organi.

Nel corso del reumatismo acuto, specie se grave, spesso si verifica una sindrome analoga a quella della pulmonite lobare. Essa suole comparire quasi contemporaneamente ai disturbi cardiaci acuti, ed è per lo più, ma non sempre, preceduta dalle manifestazioni articolari. Perciò questa pulmonite è di regola accompagnata da altre manifestazioni dell'infezione reumatica.

Essa si distingue clinicamente dalla comune broncopulmonite e dalla classica pulmonite lobare.

Non si ha come in quest'ultima il brivido iniziale, la febbre alta e prolungata, lo sputo rugginoso, il dolore pleurico e la marcata tachipnea.

Al contrario i suoi sintomi non sono imponenti: non brivido, tosse poco insistente e con espettorazione poco tenace senza speciale reperto batteriologico e raramente striato di sangue. La febbre è irregolare, spesso alta in relazione all'infezione generale. La tachipnea è moderata.

Ancora più significativo è il reperto semeiologico. L'ottusità alla percussione ed il respiro bronchiale sono frequenti e caratteristici. Si riscontrano alla base di un pulmone, lateralmente nell'area ascellare o anche nei lobi superiori. Può essere preso tutto un lobo ed aversi contemporaneamente singoli focolai in due o tre aree. Un fatto caratteristico è la transitorietà del processo morboso. La solidificazione pulmonare dura da due a quattro giorni; eccezionalmente una settimana o più. Nelle infezioni molto virulente, si può avere dopo qualche settimana la ripetizione della solidificazione pulmonare nella stessa area. I segni della consolidazione sono spesso seguiti da ottusità con assenza del murmure vescicolare, dovuta a collasso polmonare o a versamento pleurico. Tali fatti possono durare molti giorni e settimane.

Nello stadio di solidificazione si possono ascoltare anche rantoli varii, sempre però meno numerosi e meno intensi che nella polmonite franca.

Nell'ultimo stadio si possono avere rumori di sfregamento dovuti a pleurite plastica.

Secondo i più autorevoli osservatori i segni della consolidazione sono l'esponente di atelettasia più che di una polmonite in atto.

Tutti sono d'accordo nel ritenere che i fatti semeiologici non sono causati esclusivamente dalla reazione pleurica.

Bezançon e Neill e Goyena parlano di cortico-pleurite.

Besnier parla di splenizzazione dovuta non ad una lesione essudativa, ma ad un'iperemia intensa ed edema con collasso e atelettasia polmonare.

Coombs anche attribuisce l'affezione ad atelettasia e congestione passiva, quantunque ammetta la possibilità che la consolidazione avvenga nel lobo superiore destro, ossia in una area relativamente immune dalle complicazioni dovute alla debolezza cardiaca.

Altri autori, come Gaurod, Thayer e Paul pure ammettendo che si tratti di un processo essudativo ritengono che la polmonite che si verifica nel corso del reumatismo acuto sia una complicazione costituita da polmonite lobare franca o da bronco-polmonite da germi comuni.

Rabinowitz in una recente comunicazione ha fatto presente che si tratta di pneumopatia specifica clinicamente differente dalla polmonite lobare e dalla broncopolmonite.

Tale conclusione si basa essenzialmente sugli studi di Aschoff che ha descritto come lesioni istologiche caratteristiche del reumatismo acuto, i così detti noduli submiliari dovute a lesioni vasali, necrotiche o proliferative.

Gli autori hanno studiato clinicamente ed anatomo-patologicamente nove casi di polmonite reumatica.

In otto casi hanno trovato un infiammazione acuta del tessuto polmonare con solidifi-

cazione ed in uno pleurite con compartecipazione subacuta del polmone. Tutte queste manifestazioni erano accompagnate da endocardite reumatica acuta.

La reazione infiammatoria polmonare consiste in un essudato interstiziale perivascolare di grandi cellule endoteliali, identiche morfologicamente a quelle che si riscontrano nelle lesioni reumatiche del cuore e che vengono considerate come patognomoniche del reumatismo articolare acuto. Gli essudati emorragici e fibrinosi sono i reperti prevalenti.

I fatti clinici ed istologici concorrono a far ritenere che nelle forme gravi del reumatismo acuto si può riscontrare una caratteristica polmonite reumatica nettamente differente dagli altri processi polmonari. Dr.

La terapia delle malattie reumatiche.

(J. Kowarschik. *Wien. Klin. Wochenschrift*, 6 maggio 1932).

Tante sono le malattie, che noi raccogliamo sotto il nome comune di reumatismo, altrettanti, e forse più, sono i metodi di cura che contro di esse noi usiamo.

Non esiste nessun mezzo curativo, che agisca ugualmente e con la stessa intensità sulle varie malattie reumatiche: ed è perciò che più il medico pratico percorrerà tutta la gamma terapeutica antireumatica, maggiori saranno i suoi successi.

Ciascuna terapia prevede naturalmente un esame completo del malato: è incredibile quante sifilidi, tubercolosi, tabes e neoplasmi vengano etichettate come reumatismo, e ciò perchè non si è esaminato, neppure superficialmente, il malato. Il medico deve abituarsi ad esaminare non soltanto la parte dolente, ma tutto l'organismo del paziente: quante malattie croniche articolari non hanno una base costituzionale! Così l'artrite deformante del ginocchio, tanto frequente nelle donne specialmente all'epoca della menopausa, è in diretta relazione con l'adiposità; come con l'adiposità e l'ipenutrizione è collegata (e questa è vecchia cognizione) l'*arthritis divitum*, la gotta. E l'artrite cronica progressiva o reumatismo articolare cronico primitivo non è quasi sempre accompagnata da iponutrizione e da un cattivo stato generale? È chiaro che in questi casi, in cui è in campo una alterazione costituzionale o della nutrizione, le prime e principali cure devono essere rivolte a modificare queste condizioni onde riportarle per quanto è possibile al normale: verrà così in campo la terapia dietetica che, qualora da sola non raggiunga lo scopo desiderato, sarà aiutata dalla terapia medicamentosa. È ancor oggi opinione radicata in molti medici che in ogni articolazione che scricchiola vi sia depositato dell'acido urico, donde proibizione assoluta della carne. Orbene una stretta dieta apurinica è necessaria solamente nei veri casi di artrite urica: negli altri casi si deve consigliare una dieta mista, individuale, a seconda la costituzione e lo stato di nutrizione del soggetto.

Se passiamo dalle prescrizioni dietetiche alla terapia propriamente detta, dobbiamo distinguere una terapia chimica, una fisica ed una ortopedico-chirurgica.

La terapia chimica o medicamentosa trova la sua speciale indicazione nelle malattie acute, di cui il reumatismo articolare acuto può essere preso come esempio: ma anche le neuriti acute la sciatica e simili necessitano di questa terapia. In questo gruppo di malattie un precoce intervento della terapia fisica non può riuscire che dannoso. La fisioterapia entra in campo quando il periodo acuto, doloroso e febbrile, è sorpassato: il suo vero dominio è quello delle malattie croniche e subcroniche delle articolazioni, dei muscoli e dei nervi.

La chirurgia ortopedica è richiesta più che altro dalle alterazioni statiche dell'apparato osteo-articolare: le malattie reumatiche andranno nelle mani del chirurgo solo negli ultimi stadi, quando si tratterà di migliorare la funzione di articolazioni gravemente deformate.

Anche nelle forme croniche però la terapia medicamentosa ha le sue applicazioni, specialmente in quello che è allontanamento del dolore. Si eviteranno naturalmente quanto più è possibile i narcotici ed i sonniferi, prescrivendo invece i cosidetti preparati antireumatici, fra i quali il primo posto spetta all'acido salicilico e suoi derivati: accanto ad essi il gruppo del piramidone e dell'atophan, la cui azione non è soltanto, come comunemente si crede, antidolorifica ma anche antiinfiammatoria, come hanno dimostrato Starkenstein ed altri AA. Inoltre si deve considerare che l'azione anestetizzante di questi medicamenti non si limita soltanto all'articolazione ma per via riflessa dalla sinoviale si estende anche alla muscolatura, combattendo così la progrediente atrofia muscolare artrogena.

Nella terapia medicamentosa rientra anche l'uso di mezzi curativi esterni quali pomate, cerotti, frizioni, il cui impiego, ormai secolare, testimonia dei vantaggi che da essi se ne ritraggono. Questi mezzi curativi esterni si possono suddividere in due gruppi, a seconda dello scopo che essi si prefiggono: del primo gruppo fanno parte i medicamenti che provocano una irritazione cutanea; nel secondo invece quelli che cercano di far penetrare nella corrente sanguigna una data sostanza medicamentosa. Fra i primi, i cosidetti derivanti o revulsivi, ricordiamo la canfora, lo jodio, la senape ancor oggi usati e l'olio di croton, la veratrina, la cantaride, l'euforbia, mezzi eroici che sono stati eliminati dalla pratica. Tutti questi mezzi agiscono provocando una iperemia locale, che per via riflessa si trasmette nelle parti profonde: ma essi agiscono anche sulle fibre nervose simpatiche della cute e attraverso un arco ri-

flesso passante per il midollo, esercitano uno stimolo anche sulle parti profonde. I medicamenti del secondo gruppo cercano invece non solo di ottenere una irritazione cutanea, ma anche di far penetrare una sostanza antireumatica, per lo più salicilati, nella corrente sanguigna: ma le quantità di sostanza che vengono così riassorbite sono tanto minime, che non si può ammettere che riescano ad avere azione terapeutica: questa è dovuta infatti alla sola irritazione cutanea.

Dalla terapia con irritazione locale si può passare a parlare della terapia con irritazione generale mediante sostanze speciali (reizkörpertherapie) le quali agiscono indirettamente provocando determinate reazioni nell'organismo, il quale è così stimolato ad aumentare i suoi poteri di difesa contro la malattia: specialmente le forme reumatiche croniche beneficiano di questa terapia. Sostanza irritante più comunemente usata è la proteina aspecifica: ma quello che più conta non è la sostanza che si sceglie bensì la dose che se ne dà. Negli anni scorsi si era piuttosto larghi a questo riguardo e si ebbero dei disastri: oggi si è più prudenti sia nella dose che nella indicazione: questa è stata ristretta ai casi cronici e subcronici di malattie reumatiche. È un errore usare una terapia stimolante nei casi acuti in cui già l'organismo reagisce di per sè dinanzi allo stimolo *malattia*: la proteinoterapia sarà quindi usata nei casi cronici, in cui il medico si accorga che le forze di difesa organica tendano a diminuire o a mancare.

Alla terapia irritante in largo senso appartiene anche la terapia fisica: solo gli stimoli che questa produce sono di natura fisica non chimica. Le energie che a questo scopo si impiegano sono: *a*) l'energia termica in forma di calore; *b*) l'elettricità nelle sue varie forme; *c*) le forze meccaniche sotto forma di massaggi e di ginnastica curativa; *d*) i raggi luminosi, sotto il qual nome intendiamo la luce in senso biologico cioè a dire i raggi ultravioletti, i raggi X, i raggi da radium.

Il calore viene fatto agire sul corpo umano sia mediante l'applicazione di sostanze calde (acqua, fanghi, aria calda ecc.) sia mediante irradiazione con lampade a raggi rossi ed infrarossi: ultimamente un nuovo tipo di termoterapia è entrato nella pratica ed è quello che fa penetrare il calore nell'interno del corpo mediante la trasformazione di energia elettrica in calorica: è questa la diatermia e la terapia ad onde corte.

Scopo della termoterapia è in sostanza quello di ottenere un aumento di temperatura locale o generale e stabilire così una irritazione che porti reazioni curative. Anche qui bisogna stare attenti alla dose di stimolo e questa dose dipende da vari fattori: anzitutto l'età e lo stato di nutrizione del soggetto; inoltre le eventuali malattie del cuore, dei vasi, dei polmoni; ed infine il tipo della malattia reumatica, lo stadio in cui essa si trova, se sia cioè acuta, subacuta o cronica: per stabilire questa grande importanza ha lo studio della temperatura del paziente. Stabilire se esistono aumenti di temperatura, più o meno distanziati, è infatti necessario non solo per una esatta diagnosi ma anche per una cura efficace e non dannosa. Un aumento di temperatura indica infatti che la malattia si trova in uno stadio attivo, nel quale tutte le terapie ipertermizzanti sia locali che generali devono essere tralasciate.

I metodi termoterapeutici possono essere distinti in locali e generali: uno dei mezzi più comuni e meno costosi è l'acqua, riscaldata a 37°-39° in forma di bagno. Nell'acqua possono essere disciolte sostanze che sommino allo stimolo fisico della temperatura anche uno stimolo chimico: come anche sostanze che tendano ad essere riassorbite ed a penetrare nella corrente sanguigna: sono questi i veri bagni medicinali, di cui il più comunemente usato è il bagno sulfureo. Lo zolfo, che è disciolto nell'acqua allo stato colloidale, penetra nell'organismo in piccolissime quantità, in dosi cioè omeopatiche, la cui efficace azione curativa è ormai dimostrata. Esiste anche un'altra sostanza che contenuta in quantità minimali nell'acqua pure penetra nell'organismo producendo benefici effetti: il radio. Le acque radioattive si sono dimostrate veramente efficaci nelle malattie reumatiche: le infinitesimali dosi di radium penetrano nell'organismo sia per assorbimento attraverso la cute, sia per inalazione e vi agiscono come corpi stimolanti (reizkörper). Bisogna inoltre considerare che in queste cure termali altri fattori entrano in campo per il miglioramento dello stato del paziente: e cioè fattori climatici, psichici, dietetici, che tendono tutti allo stesso scopo: la guarigione del malato.

Accanto ai bagni p. d. sono da ricordarsi i bagni di vapore, i bagni d'aria calda e i bagni di luce il cui scopo principale è quello di ottenere forti sudorazioni: in questi bagni la temperatura del corpo sale di 1 o 2° C. Analoghi a questi sono le fangature, sia locali che generali, nelle quali ultime la temperatura corporea può salire sino a 40° C.: quest'ultimo metodo richiede però una integrità del sistema nervoso e circolatorio.

Una speciale forma di calore è quella data dalla diatermia e dalle onde corte: anche qui l'azione può essere generale o essere delimitata ad un determinato segmento del corpo. Nel primo caso si può andare sino a temperature di 41°C. Ma un caso di morte ha dimostrato quanto ciò possa essere pericoloso. L'A. si mantiene sempre sui 39° per la durata di 30-40 minuti: già dopo 20 minuti in genere il paziente comincia a sudare e continua per tutta la durata dell'applicazione.

Questa ipetermia ottenuta per mezzo dell'alta frequenza ha incontrato molto maggior successo che la ipetermia da iniezione di albumina

in quanto la durata dell'aumento di temperatura e l'aumento stesso può essere facilmente ed esattamente dosato. Le applicazioni locali di diatermia sono molto più usate nella pratica che non quelle generali: esse sono particolarmente indicate nelle infiammazioni croniche delle articolazioni di qualsiasi genere esse siano ma specialmente nella *Arthritis deformans* e nelle lesioni traumatiche. La diatermia è da proscrivere invece nelle forme acute infettive di artrite così come nelle nelvralgie e nelle neuriti in cui essa provoca un subitaneo peggioramento. Si può dire anzi in generale che riguardo alla cura dei dolori nevralgici la diatermia non ha dato i risultati che da essa si aspettavano. Purtuttavia diatermia e terapia ad onde corte attirano oggi talmente l'interesse dei fisioterapisti che sono quasi state dimenticate le altre forme di elettroterapia. La galvanizzazione si è dimostrata particolarmente efficace nella cura delle nevralgie come anche in molti casi di artrite deformante e di dolori muscolari. La faradizzazione trova il suo campo di indicazione nella lotta contro le atrofie muscolari che si mostrano nel corso di malattie articolari e di infiammazioni di nervi. È una specie di ginnastica elettrica dei muscoli, che può essere completata dal massaggio e dalla ginnastica attiva, particolarmente efficaci per combattere queste atrofie muscolari e per mobilizzare le articolazioni. È questa la meccanoterapia che rende ottimi servigi anche nelle malattie reumatiche dei muscoli e nelle atrofie neurogene.

In questo mare terapeutico deve navigare il medico pratico che voglia curare bene il suo malato di *reumatismo*: tocca a lui, alla sua sagacia, alle sue doti di osservazione e di intuizione della personalità morbosa del malato lo stabilire quale debba essere la cura che produrrà maggiori benefici effetti sull'organismo che soffre. G. LA CAVA.

Sulla cura delle mialgie e neuralgie reumatiche.

(S. SPIRO e W. KUNSTLER. *Deutsche Med. Woch.*, a. 57, n. 43).

L'etiologia del reumatismo muscolare e le sue basi anatomiche e fisiologiche furono per molto tempo causa di discussione fra i patologi: anche oggi, p. es., non conosciamo nessuna alterazione del tessuto muscolare la quale ci spieghi chiaramente la sintomatologia clinica del r. m., onde si sono venute formando sulla etiologia e patogenesi di esso numerose ipotesi e teorie.

Schmidt crede in una neuralgia e iperalgesia dei nervi sensitivi muscolari. Schade crede invece che l'essenza del r. m., che decorre con gravi dolori pur non presentando alterazioni anatomo-istologiche, consista in un turbamento dello stato colloidale delle singole fibrille muscolari: i colloidi, che nel tessuto muscolare normale si trovano allo stato di *sol*, passano in occasione della malattia reumatica allo stato di *gel*: verrebbe così a spiegarsi il cosidetto indurimento dei muscoli e i nodi del reum. musc.

Finalmente Gudzent crede che nella genesi del r. m. entri in massima parte il fattore allergico, cioè una imbibizione edematosa del tessuto muscolare, analoga all'edema che si ha nelle mucose o in altri tessuti come manifestazione di altre malattie allergiche. Questa ultima ipotesi ha una certa importanza in quanto l'unico reperto obiettivo che si ha in certi casi di r. m. è l'eosinofilia ed è noto come in questi ultimi anni si siano venuti chiarendo sempre più i rapporti che esistono fra questo stato anormale del sangue ed i fenomeni allergici.

Riconoscendo dunque come due le possibili origini del r. m. e cioè da una parte l'edema infiammatorio e allergico e dall'altra la neuralgia, è logico che il trattamento causale debba rivolgersi contro questi due fattori.

La *terapia antiedematosa* dal punto di vista antiflogistico tenta di neutralizzare con vari mezzi la essudazione sieroso-infiammatoria e ristabilire così l'equilibrio chimico-colloidale prima alterato mentre dal punto di vista allergico cerca di evitare una possibile recidiva di questo fattore.

La *terapia antineuralgica* dimostra di essere la più efficace anche perchè la più apprezzata dal paziente che va dal medico appunto perchè gli siano leniti i dolori.

Nè essa è soltanto terapia sintomatica chè Spiess ha dimostrato quale importanza abbia per il decorso del processo infiammatorio la presenza o meno del dolore: egli infatti riuscì ad impedire per mezzo dell'anestesia locale una infiammazione che egli aveva artificialmente provocata.

E ciò si può spiegare con l'ipotesi emessa da Bruce che l'infiammazione sia regolata da un riflesso locale che corre centripeto nei nervi sensitivi e senza raggiungere i gangli spinali ritorna centrifugo al territorio vasale da esso dipendente: questo riflesso egli chiamò « riflesso assonico » (*axonreflex*).

La terapia antineuralgica usata finora consiste quasi esclusivamente di narcotici e preparati morfinici. Siccome essi agiscono *centralmente* sul dolore essi non possono avere alcuna azione sul riflesso assonico (che è periferico) e quindi sul processo infiammatorio stesso.

La possibilità di un trattamento causale e nello stesso tempo sintomatico del r. m. apparve agli AA. in seguito ai lavori di Schade sull'azione anestetica e antiflogistica della novocaina e suoi derivati. Essi hanno usato un derivato della novocaina (Panthesin) le cui

proprietà anestetiche sono maggiori della novocaina con molto minore tossicità.

Questo preparato era mescolato al 5 % con altre sostanze estrattive sì da formarne un unguento. Di questo si usava una quantità quanto una ciliegia 2-3 volte al giorno spalmandola sulla parte dolente e massaggiando con media forza. Hanno curato così 120 pazienti di cui 52 per reumatismo muscolare ottenendo l'85 % di guarigione o di grandissimo miglioramento. Negli altri casi si trattava di neuralgie di origine reumatica o di vere neuriti: in questo gruppo si ebbe l'80 % di notevole miglioramento.

Basandosi sullo stesso principio gli AA. estesero il loro metodo di cura a molte malattie infiammatorie della pelle quali decubito, prurito, foruncoli, paterecci, ottenendo risultati incoraggianti. G. LA CAVA.

Risultati terapeutici nella artrite deformante incretoria.

(SCHOTTMÜLLER. *Deutsche Med. Woch.*, 9 settembre 1932).

È già noto da vari anni come alcune malattie croniche articolari dell'età senile si possono far risalire a disturbi delle ghiandole a secrezione interna. Fu Garrod il primo a mettere in evidenza questo fatto, seguito da molti altri AA. fra cui il nostro, il quale da molto tempo aveva notato il nesso etiologico che spesso intercorre fra disturbi ormonici e artrite deformante.

Sulla frequenza di queste artriti incretorie ancora si discute: ma che esse realmente esistano lo dimostrano i due casi descritti dall'A., nei quali la diagnosi come il successo terapeutico sono fuori discussione.

Nel primo caso si trattava di una donna nubile di 53 a. la quale soffriva da circa un anno di dolori alle articolazioni del ginocchio, che le rendevano doloroso il cammino: massaggi, ginnastica, cure idroterapiche non ebbero alcun risultato. L'esame radiologico mostrava alterazioni nel senso di una artrite deformante.

Dall'anamnesi remota risultava che la paz. era stata operata nel 1916 di asportazione dell'utero per miomi e contemporaneamente di asportazione delle ovaia. Sospettando un disturbo endocrino da insufficienza ovarica l'A. consigliò una iniezione giornaliera di follicolina (100 M E). Dopo 4 giorni la paziente già notava un miglioramento, e dopo qualche settimana essa era capace di camminare anche per 1/2 ora e più cosa che era impossibile alcune settimane prima. Con lodevole spirito di autocritica l'A. sospese il trattamento per vedere se il miglioramento non rientrasse in uno dei soliti periodi di remissione della malattia. Dopo pochi giorni però ricominciarono i disturbi come prima. Ripresa la cura si potè stabilire che per restare libera dai disturbi, la paziente aveva bisogno di tre iniezioni di follicolina per settimana.

Il secondo caso riguarda una signora di 55 a. nella quale da circa 2 anni si erano iniziati dei disturbi articolari, che la avevano già portata a cure in clinica. L'esame radiografico delle articolazioni del piede e del ginocchio dimostrò formazione di dentellature, in corrispondenza delle estremità articolari. Il cammino era possibile soltanto lentamente e con l'aiuto di un bastone: i dolori erano specialmente a carico delle articolazioni della mano, ginocchio e piede. Contemporaneamente la paziente accusava attacchi di *angina pectoris* accompagnati da alta pressione sanguigna. Le varie cure istituite non erano riuscite ad arrestare il decorso progrediente della malattia.

L'A. istituì una cura di follicolina, iniettandone 100 M. E. al giorno: già dopo una settimana si notava miglioramento; questo continuò anche con la dose di 3 iniezioni settimanali e la regressione dei fenomeni morbosi si fece manifesta sia obbiettivamente che soggettivamente.

Nessun dubbio che nei due casi sopradescritti si sia trattato di artriti su base incretogena come lo dimostra anche il successo terapeutico. L'A. conclude consigliando di tentare in ogni caso di artrite a sospetta base endocrina la terapia ormonica che può così dare talvolta risultati insperati. G. LA CAVA.

Vaccinoterapia endovenosa nell'artrite cronica.

(M. WETHERBY e B. J. CLAWSON. *Journ. Am. Med. Ass.*, 17 settembre 1932).

I vaccini usati nella cura del reumatismo, sia acuto che cronico, sia questo atrofico (reumatoide) o ipertrofico (osteartrite), sono ottenuti da uno stipite di streptococco isolato da un reumatico acuto. Non si può infatti ammettere che una differenza essenziale esista, dal punto di vista biologico, fra le tre varie forme morbose: e ciò è confermato dall'isolamento degli streptococchi dal sangue, dalla comune presenza di noduli nel tessuto sottocutaneo, dalle reazioni similari che dànno le prove cutanee con streptococchi, dalle correlazioni biologiche degli streptococchi isolati, dalla favorevole influenza esercitata sulla malattia dalla iniezione endovenosa di vaccino preparato con quel solo stipite di streptococco: tutte queste condizioni si presentano infatti quasi costantemente nelle tre forme.

Il vaccino si dà per via endovenosa dopo che Clawson ha dimostrato sperimentalmente che gli streptococchi iniettati nel sottocutaneo possono rendere gli animali ipersensi-

bili e produrre solo un grado lieve di difesa mentre l'iniezione endovenosa provoca una desensibilizzazione ed un alto grado di difesa dell'organismo per formazione di anticorpi.

La dose iniziale è di 100 milioni: le iniezioni sono settimanali ed ogni volta si aumenta di 100 milioni fino a raggiungere la dose di 800 milioni. Febbre e brividi saranno spesso notati.

Di 300 pazienti affetti da artrite cronica così curati, l'80 % migliorò clinicamente.

Il grado di miglioramento non era in relazione col grado della reazione susseguente alla iniezione. Il miglioramento si manifestò nella maggior parte dei casi dopo la quinta iniezione.

Il titolo d'agglutinazione del paziente sale durante il trattamento e, in generale, il miglioramento si nota solo quando il titolo d'agglutinazione è di 1:6,400, o più. L'altezza di esso può essere considerata una buona base per stabilire il grado di immunità acquisito dal paziente verso gli streptococchi.

G. La Cava.

CENNI BIBLIOGRAFICI.(1)

V. Coates a. L. Delicati. *Rheumatoid Arthritis and its Treatment.* Editori: H. K. Lewis e Co. Ltd. (Gower Place 136, London W.C.1.).

Il libro rivela il modo di vedere dei medici inglesi sul reumatismo: essi considerano le manifestazioni artritiche come le meglio definite nel campo del reumatismo: in attesa di cognizioni precise, limitano il loro campo a queste localizzazioni, riconosciute fondamentali. La desinenza in « oide » vuol denotare che si tratta di forme non bene individuate. Il libro ha intendimenti pratici e svolge con ampiezza la cura.

A. P.

P. Ravaut e R. Boulin. *Le rhumatisme blennorrhagique.* In-8°, di pag. 40. G. Doin, ed. Paris, Prezzo frs. 8.

Il « reumatismo » blenorragico costituisce la localizzazione articolare di una setticemia gonococcica generalmente transitoria e la vera metastasi di un focolaio spesso latente, talora spento. Lascia talora conseguenze incurabili ed è spesso di diagnosi delicata.

Gli AA. considerano qui le diverse forme cliniche della malattia, esponendone le modalità evolutive, la prognosi dominata dall'importanza delle lesioni, talora distruttive tal'altra anchilosanti; mettono inoltre in rilievo una forma raramente descritta che sembra abbastanza frequente, quella cronica generalizzata di primo acchito, senza fase acuta iniziale.

La nozione di setticemia (oltre a spiegare le multiple localizzazioni, che è sempre poliarticolare anche se sembra colpire una sola articolazione) deve dirigere la terapia per la quale gli AA. danno senz'altro la preferenza alla sieroterapia specifica per via endovenosa.

nl.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

III Congresso internazionale del Reumatismo.

Si è svolto a Parigi dal 13 al 15 ottobre 1932 il 3° Congresso internazionale del Reumatismo, con larga partecipazione di studiosi di tutta Europa: delegati ufficiali per l'Italia, il prof. Cesare Frugoni e il prof. Maurizio Ascoli. Vennero trattati tre principali argomenti tèmi di relazione e precisamente: 1) *I sintomi iniziali del reumatismo cronico;* 2) *Reumatismo e tubercolosi;* 3) *Reumatismo e professione.* Ogni argomento fu oggetto di relazioni molteplici da parte di numerosi autori che diedero luogo a importanti discussioni. Infine vennero svolte a parte numerose comunicazioni scientifiche di ordine vario.

Sui sintomi iniziali del reumatismo cronico, riferirono particolarmente Gunzburg, Coste e Forestier, Brogsitter, Pisani. Non ne è in fondo emerso gran che di definito e chiaro: anche in questo campo i pareri sono apparsi profondamente discordi; Coste e Forestier sostennero il concetto che occorre dare grande importanza a fattori di ordine specifico tubercolare nella patogenesi del quadro iniziale del reumatismo cronico, a fattori di ordine endocrino, e assai meno alla presenza di focolai infettivi. Gran confusione poi risultò quando si trattò di classificare le varie forme onde analizzare di ciascuna il quadro sintomatologico iniziale.

Le varie classificazioni risentono più che altro di fattori individuali, personali e poco si prestano ad una pratica diffusione. La deficienza di un esatto quadro classificativo venne a più riprese lamentata un po' da tutti, ma particolarmente dal van Breemen, il presidente della Lega internazionale della lotta contro il reumatismo; e venne giustamente fatto presente che molte volte esiste nel campo del reumatismo cronico una grande confusione, in quanto autori diversi si riferiscono nelle loro trattazioni a quadri analoghi ma da ciascuno di essi indicati con nomi diversi e classificati secondo un diverso ordine; mentre altre volte succede il contrario, che cioè sotto il medesimo nome sono compresi quadri profondamente diversi. In fondo questa è apparsa una delle causa principali del poco che ancora sappiamo nel campo del reumatismo cronico. Si comprende quindi come la discussione e la trattazione stessa del tèma di relazione abbia spesso sconfinato dallo studio dei sintomi iniziali per invadere il campo della patogenesi delle singole forme. È così che Gunzburg parlò in senso generico di una attivazione iniziale del mesoderma e Brogsitter sostenne particolarmente anche per il reumatismo cronico il concetto di cronica granu-

lomatosi sistemica dei tessuti connettivali e mesenchimali in genere.

Particolarmente interessante è stata la relazione sui rapporti tra *reumatismo e tubercolosi*. La scuola francese si è mostrata grandemente a favore del reumatismo inteso come manifestazione particolare di natura specifica tubercolare, nel qual senso svolsero la loro relazione principalmente BEZAÇON e M. P. WEIL. I due autori, relativamente al problema del meccanismo fisiopatologico del reumatismo così inteso, fecero distinzione tra la parte rappresentata dall'azione diretta sui tessuti articolari dal bacillo di Koch e l'azione di sostanze batteriche specifiche sensibilizzanti; e parlarono pertanto anche di problemi di ordine allergico in campo di reumatismo tubercoloso. La tendenza a considerare di natura tubercolare il reumatismo è apparsa chiara dalla relazione del clinico di Parigi. Ma contro la tendenza ad una tale generalizzazione, che non trova affatto per ora alcuna documentazione sperimentale nè ha in sè base sicuramente probativa, ha parlato il prof. FRUGONI. Egli anzitutto ha messo bene in evidenza che va considerato a parte il grande capitolo dello pseudoreumatismo tubercolare che era stato individuato quale entità clinica a sè stante dal Grocco in Italia sin dal 1892, e i cui confini vennero poi gradatamente estesi in Francia da Poncet e da Leriche: ai quali ultimi autori va riconosciuto certamente il merito di aver sviluppato tutto il nuovo problema. Ma da questo, a riconoscere la natura tubercolare del classico reumatismo articolare acuto, il salto è troppo grande, ancora non giustificato, certamente prematuro. Le stesse ricerche di LÖWENSTEIN e collaboratori che sono riusciti a coltivare con straordinaria frequenza il bacillo tubercolare dal sangue di reumatici, non possono essere « a priori » considerate definitive a sostegno dell'idea sostenuta dalla scuola francese.

A parte il fatto, il quale richiede certo e dovrà avere una spiegazione, che numerosissimi altri batteriologi della cui autorità e competenza non è dato di dubitare, non hanno affatto confermato le ricerche degli studiosi viennesi, grande valore deve avere quanto viene precisamente dalle stesse ricerche del Löwenstein e secondo cui il bacillo tubercolare sarebbe stato coltivato dal sangue di individui affetti dalle più svariate malattie, oltre al reumatismo e alle quali quindi occorrerebbe riconoscere natura tubercolare, il che non sembra possibile allo stato attuale delle nostre conoscenze di Patologia. Le relazioni fatte al riguardo al Congresso da ORY, da FISCHER e da altri parlano appunto in senso negativo. Ma tra lo spinto entusiasmo della scuola francese, lo scetticismo degli autori tedeschi, e l'apparente non presa in considerazione dell'origine tubercolare del reumatismo da parte degli autori inglesi e americani, giustamente FRUGONI richiamò il congresso alla realtà clinica ed anatomo-patologica del quadro del reumatismo articolare acuto, di cui oggi ben conosciamo il fondamento istologico, espressione di una sistemica compromissione dell'apparato mesenchimale dell'organismo.

Richiamata la nozione dell'importanza che deve essere assegnata nella patogenesi di un tale quadro istologico a fattori di ordine allergico, alla cui conoscenza hanno notevolmente contribuito le recenti ricerche di Klinge e della propria scuola (Chini, Magrassi), e ancora a fattori di natura infettiva streptococcica, FRUGONI ha reso noto che attraverso ricerche compiute nella sua clinica per opera di Chini e di Magrassi, si è giunti ora alla riproduzione sperimentale nel coniglio di un quadro sintomatologico del tutto corrispondente a quello della granulomatosi reumatica. Donde la possibilità di considerare pseudoreumatismi streptococcici in cui fattore allergico e fattore batterico sono l'un l'altro intimamente legati. Valutando esattamente l'importanza di questi fattori allergici e della conseguente ipersensibilità tissulare, è possibile che anche processi di natura specifica tubercolare possano giocare una parte notevole nella patogenesi del reumatismo; ma non è possibile per ora abbracciare totalmente e senza adeguata critica il concetto, in verità alquanto aprioristico della scuola francese.

Dalla discussione sull'argomento: reumatismo e tubercolosi, non si è arrivati ad una formula d'accordo: un fatto tuttavia è sembrato essere ammesso da quasi tutti gli autori, e cioè la grande importanza che nella patogenesi del reumatismo deve essere riservata a fattori di ordine allergico, e a fenomeni di ipersensibilità tissulare, che in verità non sono stati dalla gran parte degli autori gran che specificati. Su questo campo hanno portato più chiari contributi alcune comunicazioni di CHINI e MAGRASSI.

Di notevole interesse fu la discussione intorno ai problemi tra reumatismo e professioni. Contributi interessanti vennero, tra gli altri, portati da FISCHER, da VAN BREEMEN e particolarmente da DANISCHEWSKI, secondo cui un'influenza del lavoro professionale sulla morbilità reumatica va senz'altro ammessa; così come notevole importanza deve essere riconosciuta a fattori di ordine vario quali brusche oscillazioni della temperatura, l'umidità, la carica meccanica che grava sui muscoli e sulle articolazioni, le posizioni abnormi del corpo richieste da particolari tipi di lavoro. Su tutte queste condizioni ha a sua volta influenza lo stato sociale dei lavoratori, donde la necessità di misure profilattiche di ordine sociale nel campo della protezione del lavoro e dell'organizzazione delle industrie.

C.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Dolori articolari reumatoidi da terapia salvarsanica.

Una giovane donna di recente colpita da infezione luetica viene sottoposta a trattamento salvarsanico. Dopo un primo periodo di somministrazione del rimedio privo di inconvenienti, la seconda iniezione di neosalvarsan della ripresa terapeutica segna l'insorgenza di dolori localizzati a due articolazioni, esacerbantesi nella notte, accompagnati da lieve febbre, fenomeni tutti che cessano soltanto quando si interrompe la cura arsenobenzolica (Rodin, *Wien. Klin. Woch.*, 10 giugno 1932).

Pare che la patogenesi di tale incidente terapeutico debba riferirsi ad una vera intossicazione da salvarsan, che si manifesta con un quadro anafilattoide (cioè nel senso di un « esantema da medicinali a sede extracutanea »). La sostituzione di un preparato analogo a più lento assorbimento (myosalvarsan) evita infatti il ripetersi del fenomeno.

Non è privo di interesse un altro caso, ricordato dall'A. riferentesi ad un uomo in cui poche ore dopo ogni iniezione di neosalvarsan insorgevano dolori all'articolazione della spalla, sempre dal lato in cui era stata praticata la incisione. Tale caso è probabilmente da riferire a un fenomeno di autosuggestione.

Di contro a tali casi di artralgie da salvarsan, l'A. riferisce un tipico esempio di poliartrite luetica secondaria con tumefazione delle articolazioni, dolori e febbre, la quale cede ad una adatta terapia salvarsanica.

Interessante è infine un altro caso di un paziente affetto da un sifiloma iniziale del labbro, il quale presenta, nel corso di una terapia bismutica una viva eruzione esantematica estesa al viso e la comparsa di una paralisi monolaterale del facciale, contemporaneamente ad una mialgia intercostale e delle gambe. Tutti questi fatti scompaiono sotto l'azione di una serie di iniezioni di myosalvarsan. La paresi può interpretarsi come dovuta ad una tumefazione periostica del canale osseo del facciale.

Questi casi dimostrano quanto si debba andar cauti prima di porre diagnosi di artralgie e mialgie reumatiche. PUDDU.

Il fattore malnutrizione nell'artrite reumatica.

F. D. Howitt e W. F. Cistie (*The Lancet*, vol. CCXX, n. 25) riferiscono su 20 casi di artrite reumatoide (secondo la terminologia inglese), trattati per 6 settimane con insulina e con dieta speciale oltre che con la terapia fisica. Tutti i pazienti dichiararono di sentirsi molto migliorati, l'appetito era aumentato ed in alcuni casi, in cui si aveva una vera avversione al cibo, questa avversione era stata vinta.

I pazienti sono aumentati di peso da 1,8 kgr. a 4,5 kgr. E che questo miglioramento fisico generale non fosse dovuto soltanto all'aumentata introduzione di cibo è dimostrato dal miglioramento degli altri sintomi che accompagnano l'eccessiva sensibilità del simpatico: per esempio, la stanchezza nel lavoro fisico non si produceva così facilmente o così prontamente come prima. Tutti i pazienti dichiararono di sentire che le loro articolazioni erano più libere e non così dolorose come prima. In alcuni le articolazioni meno affette guarirono ed in altre la tumefazione diminuì. L'esame roentgen delle mani non mostrò alcun ritorno dei sali di calcio od altre variazioni favorevoli come risultato della cura, ma non si notarono neppure dei peggioramenti essendo rimasto stazionario lo stato di osteoporosi. G. LA CAVA.

La crisoterapia nel reumatismo tubercolare.

A. Pellé (*Paris Médical*, 3 dicembre 1932), partendo dal concetto che la terapia dei sali d'oro non deve essere limitata alle sole lesioni polmonari, ma invece essere estesa alle diverse forme della tubercolosi; crede interessante di studiare l'azione di detti sali sul reumatismo tubercolare, la cui realtà nosologica, a suo dire, non può più oggi essere contestata. Il reumatismo tubercolare si può presentare in clinica sotto aspetti vari, sia in forma di semplici artralgie, sia in forme mono- o poliarticolari, che possono evolvere in modo acuto, subacuto e cronico. Sopra tutto frequente nei così detti « piccoli tubercolosi » a lesioni poco attive e talora anche spente, si presenta anche abbastanza spesso durante la terapia pneumotoracica. Quando si presenta nella forma poliarticolare può simulare in tutto, persino per l'angina precedente e per le complicazioni cardiache, un reumatismo articolare acuto. Se ne distingue però per l'evoluzione molto più lunga, per la maggiore frequenza delle recidive, per la frequente negatività della cutireazione alla tubercolina, per la resistenza ai salicilici.

L'A. viene quindi a considerare l'azione dei sali d'oro nelle manifestazioni acute e nelle forme croniche del reumatismo tubercolare.

Come vie di somministrazione l'A. ricorda l'endovenosa, con preparati del tipo della crisalbina, sanocrisina ecc., e l'intramuscolare con preparati tipo allocrisina ed orosmiol, che sarebbe un preparato d'oro e d'osmio. Consiglia di cominciare con dosi deboli (g. 0.05-g. 0.10), praticando due iniezioni alla settimana, e aumentando progressivamente fino a dosi di g. 0.20-0.25: se è il caso fare con distanza di 10-15 giorni più serie di 12 iniezioni ciascuna. Gli accidenti di detta terapia sono molto frequenti, ma raramente gravi. Per lo più si tratta di eritemi generalizzati o di eritrodermie più o meno marcate, di stomatite aurica, di manifestazioni intestinali, di albumi-

nuria. La loro comparsa richiede l'interruzione della terapia, ma non l'abbandono, già che detti accidenti una volta scomparsi non si riproducono più malgrado la ripresa del trattamento.

Circa i risultati nelle forme acute del reumatismo tubercolare, l'A. afferma di aver ottenuto notevoli e rapide guarigioni. Riporta inoltre due casi, batteriologicamente confermati, ribelli ai salicilici, che hanno completamente ceduto alla crisoterapia. In uno di questi casi la poliartrite era complicata da una pericardite emorragica tubercolare, guarita anch'essa rapidamente coi sali d'oro.

L'azione terapeutica dei sali d'oro nel reumatismo cronico in generale già notata da Forestier, probabilmente secondo l'A., si riferisce ai casi di origine tubercolare. Ma la diagnosi di reumatismo cronico tubercolare è oltremodo difficile se non è confermata da prove biologiche praticate nel periodo acuto o almeno dall'esistenza di antecedenti ereditari o di eventuali *poussées* articolari acute recidivanti, nell'anamnesi remota del malato. L'A. riporta quindi un caso di reumatismo cronico tubercolare trattato coi sali d'oro. Come risultato egli avrebbe ottenuto la scomparsa del dolore e l'arresto, nella loro solita evoluzione, delle manifestazioni reumatiche. RUBEGNI.

Il cloruro di manganese nel trattamento dell'endocardite reumatica.

V. Gorlitzer (*Wiener Klin. Wochens.*, 22 gennaio 1932) ha trattato 19 casi di endocardite reumatica con le iniezioni endovenose di cloruro di manganese « ad modum Walbum », ottenendone buoni risultati in 17. Ha usato da una a quattro iniezioni di cmc. 0,8-1,5 di una soluzione 0,02/molare di cloruro di manganese. In un caso, venuto poi a morte per embolismo della silviana, ha potuto rilevare la formazione di tessuto cicatriziale sulla mitrale.

Il metodo introdotto da von Walbum consiste nella terapia a base di sali metallici; esso, fondato su larghe ricerche sperimentali, ha dato buoni risultati ad alcuni autori.

fil.

La crenoterapia degli adolescenti cardiopatici reumatismali.

L'eccessivo scetticismo dei medici riguardo all'opportunità ed all'efficacia delle cure termali nei cardiopazienti è andato sempre più scemando, man mano si è venuto introducendo il criterio di una scrupolosa individualizzazione delle cure. Si ammette ormai generalmente oggi che un cardiaco reumatismale possa fare le cure balneari utili per la cura dei postumi dell'infezione reumatica e per impedire le recidive, anche perchè oltre al vantaggio generale per l'organismo, l'azione del bagno si esplica anche sulle alterazioni del cuore, sui processi infiammatori che hanno colpito il miocardio, il pericardio e forse anche l'endocardio.

M. Migliorati (*Riv. di Idrologia, climat. e ter. fisica*, marzo 1932) ha avuto occasione di fare numerose osservazioni in proposito alle Terme di Sirmione, dove convengono annualmente circa 400 adolescenti d'ambo i sessi, di cui circa l'85% affetto da endocardite recente reumatica. Nella maggior parte si tratta di insufficienza mitralica, in scarsissimi casi associata con stenosi della stessa valvola; in qualcuno si notava lieve scompenso.

La cura abituale consiste in una serie di 15 bagni alla temperatura di 36°-39°, della durata di 10-20 minuti, con uno o due giorni di sospensione durante la cura. Finito il bagno, i fanciulli riposano per un'ora.

I risultati furono veramente ragguardevoli e confermati anche a distanza di tempo. Migliorate le condizioni dello stato generale, scomparsa ogni traccia di edema ai piedi; polso ampio e regolare, tensione arteriosa tendente alla normale, diuresi aumentata. I fanciulli non erano più costretti, come prima, ogni tanto a letto e potevano seguire bene i giuochi della loro età. In complesso, il quadro di un benefico compenso ottenuto rapidamente.

Per la buona riuscita della cura, è necessario che questa non venga iniziata prima di tre mesi dall'attacco reumatico acuto e che il paziente sia sorvegliato durante e dopo di essa.

I risultati sono tanto più da mettersi in rilievo, in quanto che trattasi di una sorgente minerale italiana (mentre di solito si citano quelli ottenuti con acque estere, specialmente Nauheim). L'acqua di Sirmione è ipertermale (69°) debolmente salina, ricca di acido solfidrico, carbonica e radioattiva; è molto usata per le forme reumatiche. *fil.*

SEMEIOTICA.

Studio della frequenza del polso durante il sonno nei bambini reumatici.

Il giudicare se in un bambino reumatico c'è stato un arresto del processo è spesso difficile, perchè non sempre sono sicuri i comuni criteri riferentisi all'assenza della temperatura, al non aumento dei disturbi cardiaci, all'aumento di peso, alla normale frequenza del polso. Inoltre la presenza di febbre può anche dipendere da cause indipendenti dal reumatismo, e lo stesso si può dire della tachicardia.

Si ebbe ricorso a ricerche di laboratorio, e specialmente alla conta dei leucociti e alla velocità di sedimentazione delle emazie, ma anche queste non sono molto sicure.

B. Schlesinger (*The Quarterly Journ. of Medic.*, gennaio 1932) ha voluto quindi studiare la frequenza del polso durante il sonno, cioè quando le influenze estranee e dipendenti dall'eccitabilità del bambino possono escludersi. Egli ha contato il polso dei bambini durante il sonno senza svegliarli, non disponendo di un cardiotacometro.

Nei neonati normali la differenza di frequenza del polso fra veglia e sonno è quasi nulla, cresce poi coll'età raggiungendo le 10 pulsazioni al 1' fra 10 e 15 anni.

In 131 bambini malati di cuore ma con lesioni quiescenti la frequenza del polso nel sonno si è comportata come nei bambini normali.

In 35 casi con lesioni cardiache in atto, la differenza fra sonno e veglia è minore, e c'è solo diminuzione di 5 pulsazioni al 1' nel sonno, ma tanto nella veglia che nel sonno c'è tachicardia. La tachicardia osservata solo nella veglia è di origine nervosa, indipendente dalla lesione cardiaca. La presenza di tachicardia costante nel sonno, anche se meno notevole che nella veglia, è indizio di malattia cardiaca in atto. R. LUSENA.

MEDICINA SCIENTIFICA

Il reumatismo articolare acuto è una malattia da ultravirus?

Il reumatismo articolare acuto è una malattia infettiva di cui fino ad ora non si è potuto isolare il germe. Essa va distinta dal reumatismo coccico, in cui il nodulo di Aschoff non si ha mai e che sarebbe una delle varietà del gruppo dei pseudoreumatismi (da gonococco, scarlattina, ecc.).

Il reum. artic. acuto si distinguerebbe dalle malattie da ultravirus perchè non è trasmissibile da uomo a uomo ed è un'infezione cronica con riacutizzazioni.

R. Lantier (*L'Art médicale*, 15 febbraio 1932) ritiene che la distinzione suindicata non sia ammissibile, che il reumatismo articolare acuto e quello coccico formino un'unica malattia. Le manifestazioni del reumatismo articol. acuto non sono necessariamente legate ad una batteriemia, ma possono essere solo l'espressione di uno stato allergico creato dalle tossine formate nel focolaio d'infezione. Inoltre la presenza del nodulo di Aschoff se è caratteristica del reumat. artic. acuto non è assolutamente costante.

Da quasi tutti i casi di reumat. articol. acuto si può isolare lo streptococco, secondo le ricerche fatte dall'A. in collaborazione con G. Alexandresco. Essi hanno proposto di chiamare questo germe diplo-strepto-bacillo del reumatismo per i suoi aspetti morfologici svariati; con questo germe essi hanno riprodotto il reumatismo nella scimmia ed hanno ottenuto anche i noduli di Aschoff. R. LUSENA.

Alla ricerca del virus reumatico.

È il problema che, insieme a quello del cancro, attira in questo momento l'attenzione e verso cui si rivolge la passione indagatrice della maggior parte dei ricercatori di tutto il mondo.

Una serie di germi sono stati accusati: ma le accuse cadono volta per volta soffocate da una enorme quantità di ricerche di controllo. Così per i cocchi in generale e per gli streptococchi in maniera speciale. Questi ultimi non sarebbero la causa — secondo quanto ne dice Nauteufel in *Bruxelles-Méd.*, n. 17, 1932 — bensì la conseguenza dell'infezione reumatica.

La malattia provocata da Weil nel coniglio con l'iniezione endovenosa di streptococchi non sembrerebbe identica al reumatismo umano. Infine lo streptococco trovato nel reumatismo articolare non si distingue, per caratteri culturali, dagli altri streptococchi.

A quando un po' di luce sull'appassionante problema? G. LA CAVA.

È l'artrite degenerativa una malattia a sè?

Molti studiosi dividono nettamente l'artrite degenerativa (ipertrofica) dall'artrite proliferativa (infettiva). Recentemente Klinge (*The Journ. of the Americ. Medic. Association*, 26 marzo 1932), ha fatto delle ricerche sperimentali in proposito. Egli sensibilizzò dei conigli al siero di cavallo e poi iniettò il siero nelle articolazioni ripetendo l'iniezione per nove mesi, una volta al mese.

Egli potè osservare, uccidendo gli animali in epoche diverse, lesioni acute articolari somiglianti a quelle della febbre reumatica, il graduale passaggio da queste lesioni acute a subacute e croniche.

Radiologicamente vide, negli animali tenuti in vita da 1 a 3 anni le lesioni dell'ipertrofia delle ossa. Osservò anche lesioni identiche, ma meno marcate, nell'articolazione controlaterale che non era stata iniettata.

Queste ricerche stanno a favore dell'origine anafilattica del reumatismo cronico.

R. LUSENA.

VARIA.

Il reumatismo tubercolare nella medicina e nella storia.

È noto che furono tormentati dal reumatismo cronico molti grandi uomini, come Augusto, Napoleone, Federico II, Carlo V, Milton, Goethe, Kant, Rubens, ecc. ecc.

Una recente comunicazione di Bezançon e P. M. Weill, secondo i quali è batteriologicamente dimostrata l'identità del reumatismo tubercolare, ha spinto Molinery (*Paris médical*, 5 marzo 1932) a ricordare che una trentina d'anni fa circa Poncet e Leriche, indagando su casi ben descritti di uomini noti nella storia, hanno sostenuto che Scarron e Couthon soffrivano di reumatismo che probabilmente era tubercolare. Scarron ebbe un reumatismo anchilosante di tutt'e quattro gli arti. In quanto a Couthon, sebbene Brissaud avesse fatto diagnosi di paraplegia da pachimeningite spinale del rigonfiamento lombare, Molinery ritiene che avesse un reumatismo tubercolare e che della tubercolosi fossero altre manifestazioni: le suppurazioni ghiandolari cervicali e le emottisi di cui soffrì.

R. LUSENA.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

La crociata contro il reumatismo.

Ecco le conclusioni a cui è giunta la commissione di studio nominata dalla Crociata americana contro il reumatismo: il 4 per cento della popolazione è affetto da reumatismo: di questi l'1,5 % può beneficare della fisioterapia mentre il rimanente 2,5 % non trarrebbe da questa cura alcun beneficio (reumatismo muscolare e lombaggine). Si fa presente che l'Istituto di terapia fisica di Amsterdam tratta annualmente 2500 pazienti affetti da reumatismo. La commissione considera necessaria la costruzione di ospedali specializzati nei luoghi nei quali gli ospedali già esistenti non siano già forniti di un adatto riparto di terapia fisica.

Affinchè la crociata contro il reumatismo sia veramente efficace e completa, sarebbe necessario stabilire centri di consultazione nei quali si cerchi di studiare ciascun caso isolatamente, specialmente dal punto di vista etiologico: da questi centri i pazienti potrebbero essere inviati alle varie cliniche ed istituti. Per il trasporto dei pazienti dovrebbe essere organizzato uno speciale servizio di autoambulanze..

A noi pare che le conclusioni a cui è giunta la benemerita commissione abbiano il solito difetto che hanno in genere i vari ordini del giorno dei non meno vari congressi che propongono qualche nuova idea per il progresso della scienza o per il benessere della umanità: sono cioè troppo grandiose.

Così per la nostra Commissione: come pensare al trasporto dei reumatici con speciali ambulanze quando ci sono dei reumatizzati cronici che non hanno la possibilità di prendere nemmeno un po' di sole, che pure è proprietà di tutti ed è così largo a concedersi, specialmente nella nostra Patria?

G. La Cava.

La mutua dei reumatici.

Esiste tutta una classe di malati cronici, invalidi o semi-invalidi i quali, se non hanno famiglia, o se i loro parenti non hanno mezzi sufficienti, menano una vita estremamente penosa: sono i reumatici cronici.

Il dott. H. Dausset, secondo quanto riporta J. Noir (*Le Concours Médical*, 11 settembre 1932) ha fondato nel 1931 un servizio speciale all'Hôtel Dieu di Parigi sotto il nome di Mutua dei reumatici. Lo scopo di questa Associazione è anzitutto di soccorrere i reumatici impotenti e poveri; in secondo luogo di assistere con il lavoro i reumatici semi-invalidi procurando loro una occupazione in rapporto con la diminuzione delle loro forze; di portare, inoltre, loro il sostegno morale di cui hanno bisogno; infine di facilitare il loro piazzamento nelle case di ritiro, il loro invio alle Acque minerali, ottenendo per essi, quando non dispongano di risorse sufficienti, riduzioni nei prezzi di trasporto o il trattamento gratuito.

L'iniziativa del dott. Dausset merita di essere conosciuta e diffusa.

I reumatici ricchi sono molto numerosi; essi possono rendersi conto di quanto sia penosa, crudele la situazione di coloro che, colpiti dalla stessa malattia, sono sprovvisti di risorse. Sollecitati dai loro medici, i primi dovrebbero divenire membri della Mutua. C. Toscano.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Alba (*Milano*). *Ospedale Civile di San Lazzaro*. — Scad. 31 gen.; medico primario; L. 2112 e quota di compartecipazione 60 % sulle tasse di cure mediche, L. 4000 d'indennità durante il biennio di prova; età lim. 45 a.

Ancona. *Ospedale Civile « Umberto I »*. — Posti di medico assistente reparto chirurgia; età limite 30 anni; nomina biennale; prova mesi due. Stipendio annuo lordo L. 2660; indennità vitto lire 10,45 nette giornaliere; alloggio gratuito Ospedale; piccoli proventi Ospedale. Presentazione documenti rito titoli entro quindici giorni data pubblicazione presente annuncio.

Ascoli Piceno. — Per titoli ed esami. Posti di medico aiuto presso il Dispensario Provinciale (Ascoli Piceno) e di direttore della Sezione Dispensariale di Fermo. Documenti di rito, laurea da due anni almeno, titoli comprovanti la specifica competenza del concorrente in tisiologia, igiene e profilassi sociale della tubercolosi. Scadenza ad ore 18 del 3 marzo 1933 A. XI. Stipendio annuo L. 8500 per ciascuno dei posti messi a concorso ed inoltre L. 2000 di indennità annua per il solo posto di direttore della Sezione Dispensariale di Fermo. Il tutto al lordo delle ritenute di legge e del 12 %. Nomina quinquennale riconfermabile, salvo disdetta comunicata tre mesi prima della scadenza. Permesso l'esercizio libero della professione di medico-chirurgo, compatibilmente con le esigenze del servizio. Richiedere copia del bando di concorso alla Segreteria del Consorzio.

Casoria. — (v. Napoli).

Castelnuovo di Sotto (*Reggio Emilia*). — Scad. 10 mar.; 2ª cond.; L. 8000 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 3000 cavallo o automobile obbligatori; L. 1000 indenn. categoria; riduz. 12 %; età lim. 35 a. all'11 dic.; tassa L. 50,10.

Crognaleto (*Teramo*). — Scad. 31 gen.; 2ª condotta; L. 8700 oltre L. 2400 cavalc., riduz. 12 %; 4 quadrienni di L. 500; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Frigento (*Avellino*). — Al 31 mar.; L. 7000, lorde del 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 28 dic.

IMOLA (*Bologna*). *Ospedale S. Maria della Scaletta.* — Scad. 31 gen.; medico assistente; L. 4000 ridotte 12 %, alloggio person., vitto nei giorni di guardia; età lim. 35 a.

ISOLA DEL LIRI (*Frosinone*). *Civico Ospedale.* — Scad. 11 feb.; chirurgo e medico; rispettiv. L. 6000 e L. 3000, oltre percentuali.

IVREA. *Ospedale Civile.* — Scad. 31 gen.; assistente interno della Sezione chirurgica.

MANTOVA. *R. Prefettura.* — Scad. 25 febbr.; uff. san. di Suzzara; L. 15.000 e 3 quadrienni dec., oltre L. 3000 trasp., c.-v.; deduz. 12 %; chiedere condizioni.

MONTERADO (*Ancona*). — Scad. 10 febbr., ore 18; L. 9000 e 5 quadrienni dec.; trasp. L. 3600; se uff. san. L. 500; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 10 gen.

NAPOLI. *Alto Commissariato per la Città e la Provincia.* — Uff. san. di Pomigliano d'Arco; scad. 10 aprile, ore 12. Id. di Casoria; scad. 20 aprile, ore 12. L. 9500 per ciascun posto; titoli ed esami; rivolgersi alla Segreteria dell'Ufficio provinciale sanitario.

NARNI (*Terni*). *Ospedale Civile.* — Scad. 90 giorni dall'8 dic., chirurgo primario direttore; L. 8000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 2000 serv. att., lire 3000 funzioni direttoriali; riduz. 12 %; compartecipaz. 40 %; età lim. 50 a.; situaz. di famiglia; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dall'8 dic. Chied. annunzio.

NOCERA INFERIORE (*Salerno*). *Ospedale Psichiatrico « Vittorio Emanuele II ».* — Scad. 1° mar.; un ispettore e due vice ispettori; L. 8000 e L. 6000 rispettiv., oltre L. 1700 e L. 1400 serv. att.; riduz. 12 %. Laurea in medicina. Chiedere avviso alla Segreteria.

NOMI (*Trento*). — Scad. 5 feb.; consorzio medico con Pomerolo e l'Ospedale-Ricovero di Nomi. Rivolgersi alla Presidenza del Consorzio, in Nomi.

PERUGIA. *R. Prefettura.* — Il Prefetto, visti gli articoli n. 18 del Testo Unico delle Leggi Sanitarie 1° agosto 1907, n. 635, n. 25 e seguenti del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889, n. 6 della legge 23 giugno 1927 n. 1070; visto il R. D. 29 novembre 1925 n. 2266; determina: da oggi al 28 febbraio 1933 è aperto il concorso per il posto di Ufficiale Sanitario, Capo dell'Ufficio d'Igiene del Comune di Spoleto. Il concorso è per titoli e per esame, secondo il programma stabilito dal D. M. 6 febbraio 1926. Lo stipendio iniziale è di L. 6600, con quattro aumenti: i due primi biennali e gli altri due triennali, il primo di L. 400 e gli altri di L. 600 ciascuno. Sarà corrisposto inoltre un supplemento di servizio attivo di L. 1700 annue. Il tutto lordo per le ritenute di legge. Il Comune è esteso, con parecchie frazioni ed ha una popolazione di 33.000 abitanti circa. Gli aspiranti dovranno fare pervenire alla Prefettura di Perugia (Ufficio Medico Provinciale), non più tardi delle ore 12 del giorno 28 febbraio 1933, regolare domanda in carta da bollo da L. 3, corredata dei seguenti documenti in carta legale e debitamente legalizzati: 1) certificato di nascita da cui risulti che, alla data di pubblicazione del presente bando, l'aspirante non ha superato l'età di anni 45. Valgono per il limite di età le eccezioni come per legge; 2) certificato di cittadinanza italiana; 3) certificato penale generale; 4) certificato di buona condotta morale, civile e politica; 5) diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo, in originale o in copia notarile, di laurea in medicina e chirurgia, conseguita entro il 31 dicembre 1924, e conseguita entro il 31 dicembre 1925 da coloro che si trovassero nella condizione prevista dall'art. 9 del R. D. 31 dicembre 1923 n. 2909; 6) certificato di avere compiuto gli obblighi di leva; 7) certificato di data recente di sana e robusta costituzione fisica e di idoneità fisica all'esercizio della carica, salvo visita di controllo da parte del medico provinciale. I certificati di cui ai numeri 2, 3 e 4 debbono essere di data non anteriore a quella del presente bando. Ogni concorrente allegherà alla domanda i titoli scientifici e di carriera che crederà nel proprio interesse di produrre, descrivendoli in elenco in doppio originale, debitamente da lui firmato. Nella domanda il concorrente, oltre al cognome, nome, paternità e luogo di nascita, indicherà il recapito al quale indirizzare le occorrenti comunicazioni. La presentazione delle domande implica l'accettazione delle disposizioni che regolano lo stato giuridico ed economico degli impiegati del Comune di Spoleto.

Perugia 10 gennaio 1933 - XI.

PIETRAROLA (*Benevento*). — Scad. 14 mar.; lire 8000; età lim. 35 a.

POMIGLIANO D'ARCO. — (v. NAPOLI).

SAVONA. *Comune.* — Scad. 10 mar.; un medico scolastico e un medico condotto supplente; L. 5000 ciasc., e 10 bienni ventes., età lim. 35 a.; certificato punti conseguiti in ciascuna materia di esame; per tutt'e due i posti diploma di perfezionam in igiene scolastica; tassa L. 50.

SPOLETO. — (v. PERUGIA).

SUZZARA. — (v. MANTOVA).

TORRAZZA COSTE (*Pavia*). — Scad. 15 mar.; lire 13.000 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v., L. 300 uff. san., L. 300 ambulat.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

TREVISO. *Ospedale Civile « Elena di Savoia ».* — A tutto il 6 marzo 1933 è aperto il concorso per titoli, ed eventualmente per esami, al posto di Chirurgo primario della I Divisione. Assegno annuo L. 7.500 lorde, ridotte del 12 %; cinque aumenti quadriennali del 10 %; eventuale indennità caro-viveri; compartecipazione negli emolumenti riscossi dall'O. P. per cure dozzinanti. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria.

UDINE. *Amministrazione Provinciale.* — Coadiutore della Sezione medico-micrografica del Laboratorio Provinciale d'igiene e profilassi. La scadenza del concorso al posto suddetto, il cui bando venne pubblicato nel N. 50 del 1932 della presente Rivista è prorogata alle ore 18 del giorno 15 febbraio 1933.

VITTORIO VENETO (*Treviso*). — Scad. 28 feb.; 6° reparto; L. 8500 e 5 quinquenni dec., oltre c.-v., L. 3500 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Premio Zannetti.

L'Accademia Medico-Fisica Fiorentina indice il concorso al premio quinquennale di L. 500 fondato dall'Accademia Medico-Fisica Fiorentina e

dalla Società Filoiatrica di Firenze, per favorire il progresso della Chirurgia in Italia e per onorare e perpetuare la memoria dell'illustre prof. Ferdinando Zannetti. Tema per il concorso: « Anatomia patologica e fisiopatologia del pancreas nelle occlusioni intestinali ». Scade il 31 ottobre 1933. Il premio sarà conferito secondo le norme di un regolamento che viene mandato a richiesta dalla segreteria dell'Accademia (via Alfani 33, Firenze).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Grégoire, titolare della cattedra di anatomia medico-chirurgica e di tecnica operatoria a Parigi, è stato trasferito alla cattedra di clinica chirurgica già tenuta da Lejars.

Il prof. Nicolas Minovici è nominato titolare di medicina legale alla Facoltà medica di Bucarest, in sostituzione del fratello prof. Mina Minovici, che va in riposo per limiti d'età e che è stato suo maestro.

Il dott. J. C. Llames Massini è nominato professore cattedratico di ostetricia presso la Facoltà di Scienze Mediche di Buenos Aires.

Il prof. Salvatore Marino è nominato direttore dell'Ospedale Italiano di Buenos Aires.

La Società francese d'urologia ha nominato presidente Lavenant, vice-presidente Papin.

Il dott. Albero Zúñiga è nominato presidente della Società di Chirurgia del Cile.

La Società di Medicina di Marsiglia ha nominato presidente il prof. Victor Audibert.

È stata conferita la medaglia d'oro Paolo Ehrlich al prof. P. Uhlenhuth di Friburgo e al dott. Avery di New York per i loro studi sull'immunità e sulla chemoterapia.

L'Accademia di Medicina di Parigi ha conferito una cinquantina di premi, tra cui segnaliamo i seguenti: premio Guinchard, di 8000 fr., al dott. Jean Donato, di Parigi, per la memoria « Colesterinemia e difterite »; premio Laborie, di 7000 fr., al dott. Sicard, di Parigi, per la memoria « La neurotomia retro-gasseriana parziale nel trattamento della nevralgia facciale »; premio Boulongue, di 6000 fr., al prof. Pierre Lépine, di Atene, per la memoria « La profilassi chemioterapica della sifilide »; premio Saintour, di 5000 fr., al dott. Dognon, di Parigi, per il suo « Précis de physico-chimie biologique et médicale »; premio Brault, di 5000 fr., diviso a parti uguali tra la dott.a Marianna Basch, di Parigi, per la memoria « La sindrome di Thibierge-Weissenbach », e il prof. Edmundo Escomel, dell'Università di Arequipa (Perù), per la pubblicazione « Obras cientificas ».

Quale ministro della sanità pubblica della Repubblica Francese è nominato l'on. Daniélou.

Il Comitato Internazionale della Croce Rossa aveva organizzato un concorso per barelle di campagna campionate; la Commissione internazionale di campionamento, adunatasi a Ginevra, ha conferito i premi come segue: 1° E. Weber (Svizzera); 2° J. Rysdyk (Olanda); 3° colonello Smith (Svezia); 4° Servizio sanitario dell'Esercito francese; 5° generale Rouppert e ten. colonn. Zlotogorski (Polonia).

Al prof. Giuseppe Sangiorgi, dell'Università di Bari, è stata conferita la medaglia d'argento « Al merito della Sanità Pubblica ».

La signora Alister Mac Donald, nuora del presidente del Consiglio dei ministri dell'Inghilterra, è nominata presidente del Collegio di studi sulla peste nell'Impero britannico per l'annata 1932-33.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Grande Ufficiale: prof. Giuseppe Vicarelli, Torino.

Commendatori: proff. Antonio Cesaris Demel, Pisa; Gennaro Fiore, Pisa; Michele Landolfi, Napoli; Rinaldo Marchesini, Roma.

Ufficiali: proff. Maurizio Ascoli, Palermo; Alfredo D'Avack, Roma; Luigi Firrao, Napoli; Francesco Maccabruni, Milano; Eugenio Milani, Roma; Giovanni Musso, Napoli; Giovanni Puoti, Napoli.

Cavalieri: proff. Francesco Paolo Albanese, Firenze; Giuseppe Basile, Roma; Antonino Bentivegna, Palermo; Aldo Bertolani, Roma; Antonio Cazzaniga, Milano; Ercole Cova, Torino; Carlo Gamna, Siena; Ugo Lombroso, Palermo; dott. Giuseppe Tesauro, Napoli; prof. Giov. Battista Varvaro, Palermo; dott. Attilio Versari, Napoli.

NOTIZIE DIVERSE.

Lega internazionale contro il reumatismo.

Venne fondata nel 1925 a Parigi, sotto gli auspicî della Società internazionale d'idrologia medica; ha sede ad Amsterdam (Keizersgracht 489). È presieduta dal dott. R. Fortescue Fox di Londra; ne è segretario onorario e direttore dell'ufficio il dott. J. Van Breemen di Amsterdam. Possono iscriversi quali soci non solo privati, ma anche Istituzioni (ospedali, sanatori, cliniche, stazioni climatiche, biblioteche, ecc.). La quota è di 15 fiorini olandesi l'anno e dà diritto all'organo della Società, « Acta Rheumatologica », che col 1933 entra nel suo 5° anno di vita.

Un convegno austriaco sul reumatismo.

La Società Medica dell'Alta Austria ebbe ad organizzare, nello scorso agosto, un convegno per discutere il problema del reumatismo.

Il prof. Ritter trattò della patogenesi. Egli rilevò che, nella sintomatologia, il dolore occupa un posto dominante. Tutti i tentativi diretti a individuare un agente microbico sono falliti. I noduli di Aschoff sono dimostrabili nelle articolazioni, nei muscoli, nei nervi, nelle tonsille dei malati cronici. Anche il reumatismo articolare acuto può considerarsi una malattia diffusa del mesenchima, con noduli di Aschoff in vari gradi di sviluppo. In molti pazienti sono indubbi i legami con la tubercolosi: probabilmente questa prepara il terreno, ingenerando uno stato di allergia. La milza e le glandole linfatiche sono spesso interessate.

Il prof. Kowarschich si occupò della terapia. Nel reumatismo acuto i rimedi fisici sono da proscrivere, mentre rispondono bene i salicilici ed altri antireumatici. Questi rimedi si dimostrano utili anche nelle forme croniche; e lo sono non solo per bocca, ma anche per via percutanea ed eventualmente endovena. Agiscono contro la febbre, contro il dolore e combattono l'atrofia muscolare. Il ricco arsenale della fisioterapia è da usare con cautela nelle forme acute o nelle riacutizzazioni; ad esempio la diatermia, le onde corte ed altre forme di termoterapia intensiva sono pericolose, quando non si abbia da fare con forme torpide o con forme miti. In maggioranza i mezzi fisici agiscono come rivulsivi e iperemizzanti; la faradizzazione e la meccanoterapia, usate precocemente, giovano invece a prevenire l'atrofia muscolare e le anchilosi articolari.

Società tedesca per la lotta contro il reumatismo.

La « Deutsche Gesellschaft für Rheumabekämpfung » si è adunata a Berlino nei giorni 6 e 7 dicembre. Erano in programma una visita al « Forschungsinstitut für Rheumabekämpfung », fondato dalla Società, ed una dimostrazione di pazienti.

Società olandese sul reumatismo.

Si è adunata il 29 novembre ad Amsterdam; ha celebrato il primo lustro di fondazione. Il prof. van Rooy ha trattato il tema « Reumatismo e affezioni pelviche muliebri »; il prof. Gunzburg ha riferito sull'azione svolta dall'Ufficio di Consulenza di Bruxelles.

Vennero fatte varie dimostrazioni di malati nell'Ufficio di Consulenza della Società.

Un convegno nord-americano sull'artrite.

Il 16 dicembre la Società Medica di Baltimora tenne un convegno sull'artrite. Oratori furono: A. F. Voshell, G. E. Bennett, S. R. Miller e L. G. Rowntree.

Quanto costa il reumatismo all'Inghilterra.

Il dott. C. W. Buckley, membro di un Comitato costituito dall'Associazione Medica Britannica per ricerche sulle cause e sul trattamento delle artriti e di forme affini, medico anziano del « Devonshire Hospital » per le malattie reumatiche, parlando, innanzi all'Associazione Nazionale Britannica, dei Comitati per le assicurazioni, rilevò che un'inchiesta condotta dal Ministero di Sanità ha rivelato la gravità del problema del reumatismo. Questa malattia importa un sesto degli indennizzi corrisposti in Inghilterra per le assicurazioni; viene così a costare una somma corrispondente circa a mezzo miliardo di lire it. Se vi si aggiunge l'importo dei trattamenti negli ospedali ed in altre istituzioni, la somma dev'essere quadruplicata: si giunge quasi a 2 miliardi di lire it. E non si tien conto che delle perdite dirette.

Questo enorme dispendio — a parte le sofferenze cagionate dalla malattia — verrebbe ridotto qualora si praticassero diagnosi precoci e trattamenti tempestivi. Oggi accade che non si rivolga l'attenzione ai reumatismi, se non quando lo stadio più favorevole ai trattamenti è passato e la malattia è divenuta irreparabile.

A rendere più efficiente la profilassi si richiederanno ulteriori studi.

Secondo l'esperienza dell'oratore, le classi più colpite non sono quelle più povere, che si nutrono male e si difendono male dal freddo. Viceversa, per prevenire i reumatismi conviene una vita attiva e all'aria aperta, rifuggere l'aria chiusa e il caldo delle stufe. I medicinali hanno poca parte nella cura delle forme croniche; si può fare assegnamento invece sui massaggi, l'elettricità, la balneoterapia.

Il reumatismo poliarticolare acuto ha già richiamato l'attenzione dei poteri pubblici. Invece le devastazioni del reumatismo cronico sono state fin'ora quasi del tutto trascurate.

"Aiuto ai reumatici" di Parigi.

Da una breve relazione di H. Dausset e M. Goumy, l'uno presidente, l'altro segretario generale dell'« Entr'aide des rhumatisants » (pubblicata nell'« Umfia », dic. 1932), risulta che nel corso dell'annata 1931-32 furono date più di 4000 consultazioni per indigenti e compiute 307 visite domiciliari; l'opera ha anche prestato soccorsi urgenti (ha pagato fitti scaduti, fornito stampelle, apparecchi di protesi, apparecchi ortopedici, oggetti in natura, medicinali, ha pagato tangenti di convalescenza, ha procurato alloggi salubri; difficilmente si è potuto procurare lavoro ai minorati dal reumatismo, data la crisi economica). Si è fondata anche una biblioteca per il prestito di libri ai reumatici; essa ha ottenuto largo successo. Per eventuali informazioni rivolgersi alla assistente sociale, M.lle Labossé, boulevard Exelmans 39-bis, Parigi.

Un trattato czeco sul reumatismo.

Il dott. V. Bandis e il prof. E. Cumut hanno pubblicato un'opera sul reumatismo, con la colla-

borazione di vari medici czechi (è intitolato « Nakladem Lékaiskéto Knihkupectvi a Nakladatelstvi »; editore: Mladé generace Lékaru, 1932). Si deve all'iniziativa della « Lega czeca contro il reumatismo » ed attesta l'attività del movimento determinatosi nella Czecoslovacchia contro la grave malattia sociale.

14° Congresso internazionale d'idrologia, climatologia e geologia medica.

È indetto a Tolosa per il prossimo ottobre. Dal 1886 queste riunioni si tengono ogni 3 anni; le ultime hanno avuto luogo a Bruxelles (1924), Lione (1927) e Lisbona (1930). Sono state sempre caratterizzate da un pieno successo e hanno richiamato numerosi congressisti di tutti i Paesi.

L'ufficio permanente di tali Congressi internazionali assicura il legame tra le nazioni partecipanti. Il Comitato organizzatore del Congresso di Tolosa è così costituito: presidente, prof. Sabatier, decano della Facoltà di scienze, membro dell'Istituto di Francia, premio Nobel, e prof. Abelous, decano della Facoltà di medicina; segretari generali: proff. Serr e Moog; segretari generali aggiunti: dottori Françon (Aix-les-Bains) e Cazal Camelsy (Luchon).

31° Congresso italiano di ostetricia e ginecologia.

La Società italiana di ostetricia e ginecologia terrà il suo prossimo congresso a Bari dal 20 al 22 aprile. Temi di relazione: prof. Bertino: « le celiotomie vaginali »; prof. Acconci: « gli ormoni sessuali femminili ». In una apposita seduta saranno inoltre svolti temi di ostetricia sociale da stabilirsi. Possono intervenire al Congresso anche i non soci, iscrivendosi come aderenti, facendone domanda e versando L. 50 per tassa di iscrizione; essi godranno delle stesse agevolazioni ferroviarie e marittime concesse ai soci. E potranno prender parte alle discussioni oltre che presentare personali comunicazioni. I soci e gli aderenti possono fare una sola comunicazione su tema non attinente a quello delle relazioni.

Le domande degli aderenti e la notificazione delle comunicazioni personali devono essere inviate entro il 20 di marzo al prof. Gaifami, presso la R. Clinica ostetrico-ginecologica di Bari. Entro il 20 di marzo devono anche essere inviate le richieste delle agevolazioni ferroviarie, da quei soci e quegli aderenti che intendono usufruirne.

Congresso francese di ginecologia.

La Società francese di ginecologia ha deciso di riunirsi a Luxeuil durante le feste della Pentecoste (3-5 giugno). La presidenza onoraria del Comitato ordinatore è stata affidata al prof. Keiffer di Bruxelles e la presidenza effettiva al dott. L.-M. Pierra, vice presidente della Società, medico consulente della Stazione termale di Luxeuil. Tema unico in discussione: « Il dolore in ginecologia »; relatori: A. Binet, Cotte, Douai e X. Colaneri, Keiffer, Félix e G Jayle, Laffont, Pierra, Zimmern, Pecker e L. Netter. I congressisti saranno alloggiati gratuitamente; sono in preparazione ricevimenti sontuosi ed un'escursione nei Vosgi. Le ferrovie francesi accorderanno una riduzione del 50 %. Per informazioni rivolgersi al Dr. Maurice Fabre, secrétaire général du Congrès français de gynécologie, rue du Conservatoire 6, Paris IXe.

I raduni chirurgici di Bologna.

L'on. prof. Raffaele Paolucci, direttore della Clinica chirurgica della Università di Bologna, ha promosso e organizzato una serie di raduni settimanali per la trattazione di importanti questioni scientifiche, attinenti alla pratica della chirurgia. All'iniziativa hanno aderito insigni chirurghi italiani e stranieri.

Con una lezione del sen. prof. Raffaele Bastianelli alla clinica di Santa Orsola, venne inaugurato, il 12 gennaio, il ciclo di tali raduni. L'illustre clinico, alla presenza di una grande folla di professori venuti anche da altre Università, di medici e studenti, ha parlato intorno alla *cura del cancro dell'intestino*. Con l'ausilio di numerose proiezioni ha illustrato alcuni casi tipici e in una rapida sintesi, ha trattato dei due metodi principali di intervento: per via addominale, qualora il cancro risulti nella parte alta, e per via perineale, se si trova nella parte bassa del retto. Ha accennato a dati statistici assai gravi — una percentuale del 10 per cento appena di successi — e ha dichiarato che per ottenere che questa percentuale abbia ad aumentare, sono necessarie diagnosi giuste e tempestive. Ha chiuso con un'esaltazione della nobiltà della missione del chirurgo

Convegno medico regionale.

Per il 18 febbraio, ad ore 15,30, in una sala dei RR. Ospedali di Pistoia g. c., l'Accademia Medica Pistoiese ha indetto un convegno medico regionale. Tema di relazione: « *La malattia di Heine-Medin* »; oratore ufficiale il prof. Gennaro Fiore, direttore della Clinica pediatrica di Pisa. I direttori e il personale medico di Cliniche, Istituti, Ospedali, ecc. e i medici pratici sono invitati ad intervenire e a portare all'argomento il contributo della propria esperienza scientifica o pratica. Le comunicazioni possono essere preannunciate al presidente dell'Accademia, prof. Cantieri, RR. Ospedali di Pistoia.

Corso di alta cultura medica.

Il V corso internazionale di alta coltura medica della fondazione Tomarkin - Locarno avrà luogo a St. Moritz (Grigioni - Svizzera) dal 13 al 27 agosto 1933.

Saranno trattati i temi seguenti:

Affezioni del sangue con particolare riguardo alla leucemia; malattie del ricambio; reumatismo ed artrite; affezioni allergiche (febbre da fieno, asma bronchiale, ecc.).

L'ente turistico di St Moritz sta facendo il necessario per ottenere a favore dei medici partecipanti al corso e dei loro famigliari, condizioni specialissime di soggiorno e di viaggio.

Per informazioni particolareggiate rivolgersi alla Segreteria della Federazione Tomarkin, Casella postale 128, Locarno - Svizzera.

Corsi complementari d'igiene pratica.

Si svolgeranno presso gli Istituti d'Igiene delle RR. Università di Modena e di Bologna, per aspiranti a posti igienico-sanitari, a partire dal 15 febbraio e dal 1° marzo, per la durata di 2 mesi; modalità consuete; tassa rispettivamente L. 300 (da versare all'Economo dell'Università) e L. 450 (da versare alla Cassa dell'Università presso la Cassa di Risparmio - Esattorie e Tesorerie - piazza Nettuno 3).

Corso di conferenze del sen. Castellani nelle Università degli Stati Uniti.

L'« Agenzia d'Italia » riceve da Londra che il senatore Aldo Castellani, che tanto onora l'Italia all'estero con la sua opera di scienziato e di sanitario, è stato invitato da varie e importanti università degli Stati Uniti a tenere un corso di conferenze e lezioni per il quale grande è l'attesa nel mondo scientifico americano.

Conferenza.

Il prof. Giuseppe Sangiorgi, direttore dell'Istituto d'igiene della R. Università di Bari, ha tenuto in questa città una conferenza sul tema: « Un decennio di politica igienico-sanitaria e assistenziale del Regime Fascista ». La conferenza ebbe luogo nel Palazzo di Città; v'intervennero il Prefetto, il Procuratore Generale, il Generale comandante del Presidio, il Rettore dell'Università, altre autorità e spiccate personalità, tra cui i proff. De Blasi di Napoli e Manfredi di Palermo.

Alla Clinica pediatrica di Napoli.

In occasione delle feste recenti, i Principi di Piemonte si sono recati alla Clinica pediatrica di Napoli, onde partecipare alla distribuzione dei doni ai piccoli infermi. Accompagnati dal prof. Jemma e dalle autorità, hanno poi visitato i vari reparti.

I premi dell'Università di Bologna.

Il 9 gennaio, ricorrendo il 55° anniversario della morte di Vittorio Emanuele II, ha avuto luogo, presso l'Università di Bologna, l'annuale cerimonia della distribuzione dei premi « Vittorio Emanuele II » e degli altri premi elargiti da generosi fondatori a favore di laureati dell'Ateneo e degli Istituti cittadini d'istruzione superiore.

Alla cerimonia solennissima hanno partecipato le maggiori autorità cittadine.

Concorso annullato.

Con decreto del direttore dell'Assistenza pubblica di Parigi, Mourier, è stato annullato il concorso a interni negli ospedali di Parigi, del quale avemmo ad occuparci nel N. 3.

Gli sportivi d'Italia.

Secondo l'Agenzia « L'Italia d'oggi », il Comitato Olimpionico Italiano, raggruppa attualmente oltre 1.000.000 di sportivi in piena attività, così distribuiti: Federazione Cacciatori, membri 500 mila; Società di Calcio, 90.000; Società di Ciclismo, 18.300; Società di Atletismo, 7.500; Società di Automobilisti, 43.000; Società di Tiro a Segno, 260 mila; Società di Motociclismo, 8.651; Società di Alpinismo, 30.000; Società Nautiche, 30.000; totale membri 1.007.451. Mancano nell'elenco, gli schermidori, che sommano certo a parecchie migliaia. Pure considerando che molti sportivi non sono iscritti, il numero totale non ci sembra abbastanza elevato. Sarebbe desiderabile che la gran de maggioranza degli italiani esercitasse attivamente qualche forma di sport, nel qual caso anche le iscrizioni risulterebbero più numerose...

Epidemia influenzale.

I giornali quotidiani recano notizia del diffondersi dell'influenza in forma pandemica su molta parte d'Europa e d'America; la mortalità in alcune zone risulterebbe relativamente elevata.

A. CHAUFFARD

La medicina francese ha da poco perduto uno dei suoi membri più eminenti, A. CHAUFFARD, grande clinico e grande maestro.

Nato ad Avignone il 22 agosto 1855, fu allievo di Dolbean, Bucquay, Archambault, Hardy, Brouardel, Jaccoud, Peter e Landouzy. La sua carriera fu straordinariamente brillante. Interno degli ospedali a 22 anni, riportò la medaglia d'argento nel 1879 e la medaglia d'oro nel 1881.

Nel 1883 fu nominato medico degli ospedali e nel 1886 *agrégé* della facoltà, presentando una tesi sulle crisi nelle malattie, che fece epoca e dimostrò già il suo orientamento verso le idee generali e la larghezza delle sue concezioni.

Nel 1890, nominato capo di servizio all'ospedale Broussais, iniziò un insegnamento ospedaliero che doveva abbandonare solo nel 1925. Eletto nel 1909 professore del corso di storia della medicina, nel 1911 succedeva ad Hayem nella cattedra di clinica medica di Saint-Antoine e la conservava fino al 1925, quando si ritirò dall'insegnamento.

Nel 1902 fu nominato membro dell'Accademia di medicina, di cui fu poi uno dei presidenti. Fu segretario generale del XIII congresso internazionale di medicina di Parigi, l'anno dell'esposizione, nel 1900. Era membro di numerose società scientifiche straniere, in Russia, in Ceco-slovacchia, in Austria, in Turchia, ecc.

L'opera clinica di Chauffard fu delle più importanti, non solamente per il suo interesse, ma per l'influenza che, per la reputazione mondiale che il suo nome aveva conquistato, potè esercitare non solo in Francia, ma anche in altri Paesi. L'osservazione del malato fu sempre la base ed il punto di partenza delle sue ricerche, ma Egli fu fra i primi a dimostrare l'importanza dell'alleanza intima della clinica e del laboratorio.

L'opera scientifica di Chauffard è così vasta che difficile compito è il volerla, sia pure brevemente, ricordare. Studiò le infezioni acute, specialmente il reumatismo ed il carbonchio, con Bondin e Laederich, le miositi gonococciche con N. Fiessinger, le malattie del sistema nervoso specie le emorragie meningee con Froin, le malattie dell'apparato respiratorio (pleurite traumatica con Gombault, pleuriti mediastiniche, ineguaglianza pupillare nelle pleuriti con versamento con Laederich, il pneumotorace, le polmoniti a ricadute con Widal), le malattie del sangue e degli organi ematopoietici (miocarditi tifiche, anemia perniciosa con Laederich), le malattie dell'apparato digestivo, gli effetti della resezione del simpatico cervicale nel gozzo esoftalmico e quelli dell'iniezione intracerebrale di antitossina nel tetano traumatico.

Ma il nome di Chauffard è particolarmente legato ai suoi studi sulle malattie del fegato e dei reni.

Nel Trattato di Patologia Generale di Bouchard nel 1900, Egli pubblicava la patologia generale e la semiologia del fegato, e nel trattato di medicina di Charcot, Bouchard e Brissaud nel 1902 dettava i capitoli sulle malattie del fegato e delle vie biliari. È sua la formula: « in materia di affezioni epatiche la diagnosi si ottiene sopratutto con la semeiologia fisica e la prognosi con la se-

meiologia chimica ». Da questa concezione derivarono gli studi sull'urobilina, sulla colesterina, l'azoto residuo, le emolisine, la fragilità globulare, l'eliminazione del bleu di metilene, l'iperdensità e la concentrazione del sangue, studi che tendevano ad uno scopo unico: riconoscere e dimostrare l'insufficienza della cellula epatica.

Nel 1897 presentò al XII congresso internazionale di medicina una relazione sulle forme cliniche delle cirrosi del fegato e più tardi un insieme di lavori sull'evoluzione generale delle cirrosi del fegato.

La litiasi biliare fu studiata sia dal punto di vista patogenetico (valore clinico della infezione come causa della litiasi biliare) sia dal punto di vista terapeutico (olio di ulivo ad alte dosi, salicilato di sodio e salolo).

Egli ebbe il grande merito di individualizzare con Hanot la sindrome conosciuta sotto il nome di diabete bronzino, caratterizzata in una cirrosi ipertrofica del fegato con pigmentazione cutanea e viscerale e da diabete mellito.

Classiche sono le ricerche di Chauffard sulle cisti idatidee del fegato, specie sulla patogenesi della suppurazione delle cisti e sull'importanza dell'eosinofilia.

Gli studi sulla milza e sulla sua importanza in certe affezioni epatiche lo condussero alle sue ricerche sull'ittero emolitico, nelle quali descrisse l'ittero emolitico da fragilità globulare e prendendo in considerazione gli itteri emolitici congeniti ordinariamente benigni e gli itteri emolitici acquisiti, di prognosi spesso grave, avvicinò questi ultimi alle anemie perniciose itterigene che aveva descritto nel 1905 con Laederich.

In stretta relazione con le ricerche concernenti la patologia epatica vanno citate le ricerche sui lipoidi in patologia, che riunì nella sua Relazione al XIV congresso francese di medicina di Bruxelles nel 1920, in collaborazione con Guy Laroche e Grisaut. In queste ricerche l'ipercolesterinemia è studiata in tutti i suoi aspetti, nelle sue variazioni fisiologiche e patologiche.

Nel campo della patologia renale sono da ricordare, oltre il capitolo delle nefropatie scritto per il Trattato di Medicina di Brouardel e Gilbert, gli studi sulla nefrite da tubercolina, sull'importanza del sistema nervoso nell'emoglobinuria parossistica, sulle ipertrofie renali compensative nel corso delle nefriti croniche, sulla nefrite da sublimato, sulla nefrite sifilitica secondaria, sull'uremia acuta.

Opera vasta quella di Chauffard, per cui si può dire che il suo spirito critico abbia toccato tutti i campi della patologia umana. Opera per la quale la scienza medica francese molto deve al grande scomparso e per la quale il suo nome è consegnato alla storia della medicina.

C. TOSCANO.

Si è spenta a Chicago la sig.na JANE NEIL, che ha avuto una parte attivissima nel promuovere e organizzare l'assistenza sanitaria e morale ai bambini deformi negli Stati Uniti; la sua azione ha avuto ripercussioni internazionali; ella era stata fatta vice-presidente dell'« Associazione Internazionale per i bambini deformi ». P.

Il dott. VITTORIO TAMASSIA è morto a Villa Poma (Mantova), in età di 66 anni, dopo quarant'anni di vita in condotta, di lavoro continuo, indefesso, dedicato con alto senso di altruismo e con spirito di sacrificio e di abnegazione all'umanità. A.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Semeiotica Medica della R. Univer. di Roma diretto dal prof. G. BASTIANELLI.

Azione della tetrajodofenolftaleina sulla curva glicemica.

Dott. UGO PERATONER, assistente.

Ho voluto trattare questo argomento partendo da quanto risulta a tale proposito nel lavoro dell'Antonucci sulla tecnica della colecistografia rapida: buon metodo di studio che merita diffusione per la sua praticità e perchè è quasi totalmente scevro di pericoli.

Antonucci ha studiato il comportamento della curva glicemica dopo l'iniezione di tetrajodo. Anzi, dall'analisi delle modificazioni osservate in questa curva sono state tratte delle deduzioni per interpretare la rapidità di questo metodo colecistografico in confronto a quello del Graham e Cole.

Lo scopo che mi sono proposto è stato di analizzare l'azione ipoglicemica della tetrajodo. Ho diviso l'esperimento secondo tre ordini:

1) ad un gruppo di ammalati di affezioni diverse, guariti, ho iniettato 2 cc. di tetrajodo per via endovenosa disciolti in 20 cc. di acqua distillata;

2) ad un secondo gruppo di malati affetti da diabete mellito ho iniettato per la stessa via la eguale quantità di tetrajodo;

3) ad un terzo gruppo di malati, come quelli del primo, ho iniettato endovena 2 cc. di tetrajodo disciolti in 125 grammi di soluzione di glucosio al 40 %.

Le iniezioni sono state praticate in tutti gli ammalati nel tempo di dieci minuti.

Non ho avuto a lamentare disturbo alcuno, se si esclude in un caso una cefalea durata alcune ore ed in altri due casi un lieve rialzo termico (37°,8) preceduto da brivido ed accompagnato a malessere e vomito.

I prelevamenti per lo studio della curva glicemica sono stati fatti sistematicamente: il primo dieci minuti dalla fine della iniezione endovenosa; il secondo ed il terzo a distanza dal primo, e poi uno dall'altro di 20 minuti;

il quinto ed il sesto di mezz'ora dal precedente; il settimo, di un'ora.

Riporto tre curve le quali rappresentano il risultato avuto in ognuno dei tre gruppi: le grafiche dei trenta malati sottoposti alla prova (15 del primo gruppo; 3 del secondo; 12 del terzo) sono raccolte nei protocolli: ma quelle del primo gruppo non presentano dati degni di rilievo: esse sono uniformi e si

FIG. 1.

rassomigliano tutte, dimostrando solo delle oscillazioni che arrivano all'incirca al 5-7 % del tasso e che non credo possano meritare perciò di essere prese in speciale considerazione. Solo in due casi (esperienza 3ª e 7ª) la curva devia dalla norma: nel primo caso da una glicemia di 1,20 ‰ si scende al secondo prelevamento a 0,70 ‰ e tale si mantiene nel-

FIG. 2.

le successive. Nel secondo caso, da una glicemia di 0,85 ‰ si sale al terzo prelevamento ad 1,45 ‰ per ridiscendere alla fine dell'esperienza a gr. 1,10 ‰. L'interpretazione dei due casi, esattamente in contrasto l'uno all'altro (convalescente di pleurite essudativa il primo, e di reumatismo articolare acuto il secondo) non è di facile interpretazione.

Il secondo gruppo, costituito da malati affetti da diabete, è esiguo; non pertanto i risultati sono concordi nei due casi a glicemia alta, nei quali si rileva un abbassamento della curva tra la prima e la seconda ora e che si accentua ancor più nella terza. Abbassamento che oscilla intorno al 10 % del tasso e la cui interpretazione non è facilitata neppure dalla visione delle colecistografie. Nel caso a glicemia più bassa la curva è analoga a quelle del primo gruppo.

Infine, nell'analisi delle 12 esperienze di malati trattati contemporaneamente con tetrajodo e glucosio, la curva glicemica non diffe-

FIG. 3.

risce, salvo che per le variazioni di tasso individuale, da quella di una comune curva fatta con introduzione di solo glucosio. In un caso però (esp. 1ª) nel quale l'ammalato era affetto da ittero infettivo, la curva si allontana dalla norma per un ritardo di circa 8 ore nel ritorno al tasso iniziale. Interpreto tale ritardo come conseguenza della offesa della cellula epatica, tanto più che in un secondo caso di ittero infettivo, ugualmente trattato, ma quando già non vi erano più segni clinici evidenti, nessuna modificazione della curva è avvenuta.

NORMALI - *Iniezioni di sola Tetraiod$_o$ (gr. 2) endovenose.*

Nome	Glicemia	dopo 10′	dopo 30′	dopo 50′	dopo 1,10	dopo 1,40	dopo 2,10	dopo 3,10
P. D.	0,95	0,85	0,85	0,85	0,85	0,80	0,80	0,80
Q. G.	1,10	0,70	0,70	0,70	0,70	0,70	0,75	0,70
B. R.	0,75	0,80	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75
D. L.	0,85	1,15	1,45	1,45	1,40	1,30	1,25	—
M. D.	1,05	1,05	1 —	0,95	1 —	1,05	1,05	—
C. E.	1,10	1 —	1 —	1,05	—	1,05	1,05	—
F. G.	1,15	1,20	1,10	1,15	1,10	1,10	1,15	—
A. M.	1,35	1,35	1,35	1,35	1,35	1,30	1,35	—
A. G.	1,25	1,30	1,30	1,25	1,25	1,30	1,30	—
M. E.	1,40	1,40	1,45	1,45	1,45	1,35	1,35	—
B. M.	1,20	1,30	1,20	1,20	1,25	1,30	1,20	—
A. F.	1 —	1,10	—	1,25	1,15	1,20	1,15	—
Z. M.	1,30	1,25	1,30	1,25	1,30	1,30	1,30	—
B. M.	1,30	1,30	1,35	1,35	1,35	1,35	—	—
L. E.	0,95	1 —	1 —	0,90	0,95	0,90	1 —	—

DIABETICI - *Iniezioni di sola Tetraiod$_o$ (gr. 2) endovenose.*

Nome	Glicemia	dopo 10′	dopo 30′	dopo 50′	dopo 1,10	dopo 1,40	dopo 2,10	dopo 3,10
L. D.	3,10	3 —	2,90	3 —	3,10	2,90	2,90	—
C. A.	5,15	5,30	5,15	—	4,75	4,80	—	—
M. I.	4,85	4,80	4,85	4,75	4,25	—	4 —	—

NORMALI - *Iniezioni di Tetraiodo (gr. 2) disciolta in glucosio (40 %) (gr. 125) endovenose.*

Nome	Glicemia	dopo 10′	dopo 30′	dopo 50′	dopo 1,10	dopo 1,40	dopo 2,10	dopo 3,10
D. C.	1 —	1,50	3,70	3,50	3,20	2,90	2,60	2,30
B. G.	1,20	3,45	2,90	1,60	1,25	0,90	0,90	—
F. R.	0,75	2,20	1,65	1,20	0,80	0,80	0,75	—
D. F.	1,15	5,10	4 —	2,50	2,15	1,55	0,90	—
B. E.	1,05	3,40	4 —	2,30	1,40	1,15	0,95	—
Z. I.	1,20	4,85	4 —	3 —	2,10	—	1,35	—
P. C.	1,60	4 —	3,60	3,25	2,50	—	1,60	—
C. M.	1,25	4,85	4,25	3 —	2,40	2 —	1,20	—
P. P.	1,35	3,35	2,20	1,50	1,10	1,15	1,35	—
C. A.	1,25	3,25	2 —	1,25	1,10	1,25	—	—
F. F.	2 —	2,75	1,75	1,40	1,30	1,20	1,20	—
P. I.	1 —	3 —	2,50	1,50	1 —	—	1,10	—

Concludendo, rileviamo che:

1) la tetrajodofenolftaleina iniettata per via endovenosa nella pratica della colecistografia rapida proposta dall'Antonucci non determina negli individui sani modificazioni della curva glicemica tali almeno da richiamare su di essa una proprietà comunque ipoglicemica o sulla quale fondare la spiegazione del meccanismo di azione rapida della colecistografia;

2) che la stessa sostanza determina nei malati affetti da diabete mellito con glicemia alta un abbassamento della glicemia che inizia dopo la prima ora, ma persiste anche dopo la terza;

3) che negli individui nei quali la tetrajodo viene iniettata assieme al glucosio, la curva glicemica avviene come nei normali iniettati con solo glucosio, mentre si osserva, incostantemente, una glicosuria che si aggira intorno al 10-20 ‰ e che si esaurisce entro l'ottava ora dalla iniezione;

4) che le colecistografie eseguite:

a) confermano la rapidità osservata dall'Antonucci nei casi nei quali alla tetrajodo si è unito il glucosio;

b) che nei limiti della colecistografia rapida rientrano però anche due casi iniettati con sola tetrajodo e nei quali il tasso glicemico non era più elevato del normale, mentre nei rimanenti casi la visibilità della cistifellea si è avuta entro i limiti di tempo previsti dal metodo classico del Graham;

c) che dei tre casi di diabete solo in uno (esp. 28) la cistifellea si è riempita entro le due prime ore, mentre negli altri non si è assistito al riempimento neppure dopo la quarta ora.

Per quanto i risultati delle esperienze siano concordi nei singoli gruppi, non penso che si possa facilmente arrivare per ora ad una spiegazione del meccanismo della rapidità della colecistografia rapida; poichè le condizioni particolari dell'esperimento (tetrajodo, tempo, quantità e via di iniezione del glucosio) fanno sorgere molteplici dubbi. Tanto è vero che gli AA., che prima di me si sono interessati dell'argomento, hanno esposto interpretazioni solo in via di ipotesi. Perciò le mie esperienze sono da considerarsi per ora come il punto di partenza di uno studio che potrà venire ulteriormente condotto per risolvere alcuni quesiti che nello svolgimento del lavoro si sono venuti successivamente presentando.

Preciso fin d'ora che le curve glicemiche sono state fatte dosando il glucosio con il colorimetro di Zeiss-Ikon; però i prelevamenti del sangue sono stati fatti sempre dalla vena del gomito, ad eccezione di un caso (esp. 28), il cui risultato dal punto di vista della curva non risulta per questo modificato. Ho preferito tale sistema di prelevamento perchè prelevare in serie, a breve distanza di tempo, con la sola puntura di un dito, non solo non era agevole, ma poteva riuscire anche inesatto se il prelevamento non veniva compiuto entro un determinato limite di tempo che impedisse ogni parziale coagulazione.

Ho anche controllato la curva con i sistemi di dosaggio comune senza constatare modificazioni di esse tra i due metodi. Solo segnalo un tasso costantemente più alto con il colorimetro di Zeiss-Ikon e delle differenze quantitative tra 5 e 10 e che io faccio rientrare però nei limiti di errore legati al metodo stesso.

RIASSUNTO.

L'A. esperimenta l'azione sulla curva glicemica della tetrajodofenolftaleina sola e addizionata al glucosio, in individui sani e in diabetici.

BIBLIOGRAFIA.

ANTONUCCI C. Policlinico, Sez. Pratica, 1931, n. 1.
ID. Ibid., 1931, n. 17.
CHIRAY, JLESAGE et E. TASCHNER. La Presse Médicale, 1931, n. 88.
ZAPPALÀ G. Policlinico, Sez. Chir., 1932, n. 7.

Istituto di Semeiotica Medica della R. Univ. di Roma.
Direttore Prof. GIUSEPPE BASTIANELLI.

Valore della colecistografia rapida.

Dott. MARIO BOTTALIGA,
aiuto medico e radiologo.

La colecistografia rapida secondo il metodo ideato e praticato per primo da Antonucci (vedi *Policlinico*, Sez. pratica, n. 17, 27 aprile 1931) è stata da noi esperimentata su soggetti normali e patologici.

La tecnica eseguita è stata la seguente: In 125 cc. di soluzione di glucosio al 40 % si sciolgono gr. 2 di tetraiodo-fenolftaleina sodica. Si filtra sterilmente. Iniezione endovenosa in 10-20'. Il malato va preparato con due giorni di dieta povera di idrati di carbonio; al mattino della prova è digiuno. La dose di grammi due è per soggetti di peso medio. Dopo una, due, tre ore si prendono i radiogrammi secondo la tecnica usuale. Abbiamo preferito preparare con la dieta i pazienti piuttosto che iniettare insieme al glucosio l'insu-

lina. La dieta prescritta consiste in uova, verdure e carne: è essenziale per la riuscita del metodo che tale dieta venga osservata dal paziente strettamente.

Abbiamo esperimentato prima su soggetti normali e poi su alcuni soggetti con malattie di fegato.

Su soggetti normali venne eseguita prima una colecistografia con il metodo usuale, poi a distanza di parecchi giorni venne fatta la colecistografia rapida secondo il metodo Antonucci.

Complessivamente vennero eseguite 60 colecistografie. Su 19 soggetti ritenuti normali venne eseguita la colecistografia usuale con la sola tetraiodofenol: si ebbe l'inizio della visibilità della cistifellea mai prima della 7ª ora e ottima apparve l'ombra colecistica tra la 8ª e 12ª ora, ad eccezione di 1 caso nel quale si ebbe una visibilità precoce alla 4ª ora.

Sui medesimi soggetti si eseguì la colecistografia rapida secondo il metodo già detto. La visibilità dell'ombra della cistifellea apparve in cinque soggetti già evidente un'ora dopo la fine dell'iniezione. Negli altri apparve alla seconda ora e in genere fu sempre ottima alla 3ª ora.

In quattro soggetti si ebbero dopo circa due ore dalla iniezione disturbi consistenti in brivido, ambascia, vomito e lieve rialzo termico. In questi soggetti non si ottenne la visibilità della cistifellea in modo precoce e regolare come negli altri: in uno si ebbe alla 3ª ora, ma debole, e in uno non si ebbe nessuna opacizzazione della cistifellea. (Probabilmente in questi casi i disturbi lamentati sono da attribuirsi ad alterazione del prodotto essendosi notati in una sola settimana di esperienze).

In soggetti patologici avemmo questi risultati:

Su 18 colecistiti 2 volte una opacizzazione debole dopo 3 ore, buona dopo 6 e 9 ore; una volta la cistifellea si rese visibile solo alla 7ª ora; negli altri 15 casi mancò completamente la visibilità dell'ombra della colecisti.

In questi casi di colecistite di parecchi si ebbe il reperto operatorio.

In quattro itteri infettivi benigni in tre non si ebbe nessuna iniezione della cistifellea, in uno fu invece buona dopo tre ore e mezza.

In un ittero in un caso di cancro del fegato non si ebbe nessuna visibilità.

Per provare poi come la precocità della visibilità della cistifellea sia in rapporto con la elevata glicemia che improvvisamente si provoca, abbiamo fatto il seguente esperimento; in un soggetto normale che già aveva avuto iniettata la cistifellea alla 8ª ora con il metodo usuale e alla 1ª ora con il metodo rapido, fu iniettato grammi 2 di tetraiodofenol, e dopo tre ore fu preso il radiogramma che non mostrò nessuna ombra. Subito dopo si iniettò grammi 50 di glucosio in soluzione al 40 %: la cistifellea apparve bene opacizzata dopo soli 40' dalla iniezione di glucosio. Si è dimostrato così che il passaggio nella bile della sostanza opaca avviene rapidamente quando si eleva il contenuto di glucosio nel sangue. (Il comportamento della curva glicemica in molti dei nostri casi è stato accuratamente studiato dal dott. Peratoner).

In un caso di diabete fu iniettato solo 2 grammi di tetraiodofenolftaleina. Si trattava di una giovane diabetica con elevata glicemia che nel momento dell'iniezione di tetraiodo era del 5 ‰. La colecisti apparve evidente dopo 1 h. e 15' ed un'ombra intensa si ebbe dopo 2 ore circa.

In altri due casi di diabete con glicemie di 2,50 ‰ e di 4,80 ‰ invece non abbiamo avuto nessuna visualizzazione precoce dopo la iniezione di tetraiodofenol.

Non abbiamo potuto sorprendere una evidente opacizzazione del fegato, nè crediamo che anche usando dosi maggiori di tetraiodofenolftaleina si possa ottenere alcun effetto: per la epatografia non può essere sufficiente il passaggio attraverso il fegato di una sostanza che rapidamente si elimina con la bile, quale è la tetraiodofenolftaleina.

Concludendo il metodo della colecistografia rapida di Antonucci ci ha dato costanti risultati in soggetti normali nei quali entro 1-3 ore avviene il riempimento della colecisti con la bile opacata. Tale risultato costante in soggetti senza malattie del fegato o delle vie biliari non si ottiene in casi di malattie che ledono la funzione della cellula epatica (ittero infettivo), o che alterino la parete della vescichetta biliare (colecistite). In tali casi non si ha nessuna opacizzazione neppure tardivamente, oppure si ha una opacizzazione tardiva solamente.

Altre volte la opacizzazione precoce si effettua molto debolmente.

Il valore diagnostico del metodo quale a noi è apparso in un anno di pratica consiste appunto nel fatto che il non visualizzarsi della cistifellea nelle 3 ore è già un segno di malattia della cistifellea o di una alterata funzionalità del fegato.

Per questo riteniamo che il metodo debba

avere una maggiore diffusione di quello che finora non abbia avuto.

Quanto alla tecnica noi abbiamo solo esperimentato la prima maniera del metodo Antonucci della iniezione di glucosio e tetraiodofenolo senza insulina.

Dai risultati avuti ci sembra superflua la aggiunta dell'insulina: per avere costanti risultati è necessario che il malato si attenga alla dieta povera di idrati di carbonio (verdure, carne, uova, burro) per due giorni.

L'iniezione di glucosio e di tetraiodofenol non ha dato generalmente maggiore disturbo di quelli che può dare la semplice iniezione di tetraiodofenol.

Riteniamo quindi che i vantaggi del metodo siano tali che, malgrado i due giorni di preparazione e il maggior volume di liquido da iniettare, sia veramente di utilità il farlo entrare nella pratica usuale.

RIASSUNTO.

L'A., in base ai risultati ottenuti con 60 esami colecistografici, afferma la bontà del metodo della colecistografia rapida che permette in soggetti senza malattie del fegato o delle vie biliari di visualizzare la cistifellea entro tre ore. In casi di colecistite e di ittero infettivo tale visualizzazione precoce mancò.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DEL LITTORIO - PADIGLIONE FLAJANI

Cordotomia per dolori lancinanti in un tabetico. (*)

ANGELO CHIASSERINI, chirurgo primario.

Il caso, sul quale desidero richiamare l'attenzione dei Colleghi, mi è sembrato meritevole di una breve relazione per i motivi seguenti:

1) La inutilità di interventi sulle sezioni centrali del simpatico per calmare stati dolorosi periferici, quando le lesioni, che sono causa della sindrome dolorosa, hanno una sede midollare o radicolare spinale.

2) La efficacia della cordotomia per calmare questi dolori; la qual cosa, se fu già nel 1911 operativamente dimostrata da Spiller e successivamente da molti altri Chirurgi, non sembra sia presso di noi tenuta nel conto, che effettivamente merita.

Riassumo brevemente il caso: uomo di 62 anni, fotografo. È ammogliato, ha un figlio. Entra in ospedale il 10-5-1932. Ebbe blenorragia a 20 anni; un'adenite venerea a 30 anni. Verso i 40 anni cominciò ad avvertire dolenzia alle articolazioni degli arti inferiori, specialmente al ginocchio destro.

Circa 10 anni fa, poggiando male il piede sinistro, avvertì uno scricchiolio al piede stesso; comparve poi una ecchimosi, e modico dolore.

Il collo del piede si è andato gradualmente tumefacendo e deformando.

In questi ultimi mesi è ricomparso il dolore al piede sinistro, ed ha assunto rapidamente una grande intensità, sotto forma di crisi di lunga durata. Il dolore è più violento di notte, e toglie al paziente il sonno; ma anche di giorno si fa sentire, e rende impossibile il cammino.

Obiettivamente il paziente appare in discrete condizioni di salute. Nulla di notevole a carico degli organi toraco-addominali.

Il piede sinistro è spostato verso l'interno rispetto alla gamba. Il collo del piede è ingrandito e deformato; i due malleoli sembrano aumentati di volume e il loro apice è ravvicinato al suolo. Limitati i movimenti di flessione-estensione del piede; aboliti quelli di rotazione. La palpazione del piede riesce indolore. Il paziente localizza il dolore nell'interno del collo del piede e sulla sua faccia esterna.

L'esame neurologico dimostra abolizione dei riflessi tendinei degli arti inferiori. Rigidità pupillare riflessa W. R. ++++.

Radiografia del piede sinistro (prof. Nuvoli): segni di osteoartrosi di grado molto avanzato con distruzione presso che completa dell'astragalo e formazione di numerosi osteofiti. Questo aspetto ricorda le artropatie di origine nervosa (tabe, siringomielia).

(*) Il lavoro è stato consegnato alla Redazione il 30 novembre 1932.

La persistenza e la intensità dei dolori ci inducono ad eseguire una simpatectomia lombare, che viene praticata il 18 maggio.

In rachianestesia novocainica (preceduta da iniezione di efedralina) viene scoperta per via extraperitoneale la catena lombare del simpatico di sinistra, della quale si reseca un tratto di circa 8 cm., comprendente i gangli IV, III, II.

Il giorno successivo all'intervento il paziente dice di non aver dolori; ma essi ricompaiono il giorno seguente, e persistono con i caratteri e la intensità precedenti.

Si inizia una cura di Trepol. È necessario fare delle iniezioni di morfina, per calmare temporaneamente i dolori.

Dopo circa un mese dall'intervento, dato che il paziente localizza con precisione il dolore sulla faccia esterna del collo del piede, si infiltra la regione con novocaina, ma senza alcun risultato.

Il paziente, che può riposare solo sotto l'azione della morfina, deperisce rapidamente.

Si decide di eseguire una cordotomia.

Il 6 settembre 1932, in anestesia locale, preceduta da iniezione di morfina, si pratica una laminectomia dalla IX alla XII D. (processo Alessandri). Aperta la dura, fuoriesce una grande quantità di liquor, sotto pressione, nonostante che il paziente si trovi in posizione di modica Trendelenburg. Esistono delle formazioni aracnoidee pseudocistiche. Le meningi molli si mostrano ispessite e biancastre; le radici posteriori sono avvolte da aderenze; il cavo sottodurale appare molto ampio, e il midollo sembra occuparne solo la parte anteriore.

A questo punto si fa una breve anestesia eterea, per poter mobilizzare le radici posteriori di destra e mettere in evidenza il legamento dentato, che corrisponde alla parte più alta della laminectomia. Si tira su questo con un uncino posteriormente e a sinistra in modo da ottenere una analoga rotazione del midollo. Appaiono i primi filamenti delle radici anteriori di destra. Con la punta di un bisturi da cataratta prima, indi con un piccolo uncino, si sezionano gli strati più superficiali del midollo compreso fra legamento dentato e radice anteriore (profondità della sezione circa 2 mm.). La consistenza della pia meninge e del midollo sembra notevolmente aumentata.

Sutura della dura e delle parti molli dorsali. Decorso post-operatorio normale.

Il dolore in corrispondenza del collo del piede sinistro scompare subito, nè è ricomparso sino ad oggi. Invece il paziente si lamenta per alcuni giorni di dolori alla coscia e al ginocchio. Lo stato di salute del paziente migliora rapidamente.

Obiettivamente si constata una anestesia al dolore sul piede e sulla gamba sinistra: le altre specie di sensibilità sono conservate.

Il paziente lascia l'ospedale il 6-11-1932.

Si tratta evidentemente di un tabetico, nel quale le manifestazioni più evidenti della malattia sono date da un'artropatia del collo del piede sinistro e da una sintomatologia dolorifica, essa pure localizzata al piede.

Ma mentre il processo osteo-artrosico aveva evoluto nello spazio di anni senza recare speciali disturbi subiettivi, la fenomenologia dolorosa insorta negli ultimi mesi aveva rapidamente assunto tali caratteri di durata e di violenza da richiedere essa sola delle speciali misure terapeutiche.

Il primo intervento, la resezione della catena del simpatico lombare di sinistra, fu da noi eseguito, più che per analogia con le operazioni sul simpatico (sezione dei rami comunicanti, distensione del plesso solare, sezione dello splancnico, ecc.) consigliate e fatte in alcuni casi di crisi gastriche tabetiche, per gli effetti talora sorprendenti da noi stessi constatati in parecchi casi di sindromi dolorose a carico degli arti.

Ma in questo paziente l'effetto della resezione simpatica fu del tutto negativo: e tale infatti doveva essere, dato che i dolori non erano determinati da fatti di insufficienza vascolare, dovuta, almeno parzialmente, a fenomeni di vasospasmo; condizione, che si presta a constatazioni preoperatorie e giustifica la ramisezione o la ganglionectomia.

Nelle stesse crisi gastriche della tabe gli effetti ottenuti con la simpatectomia, che dovrebbero estrinsecarsi non solo con la vasodilatazione, ma con la soppressione di vie sensitive e modificazioni del tono della muscolatura gastrica, sono stati assai spesso insufficientemente controllati, tanto che Foerster condanna questo genere di interventi, sopratutto per il fatto che le lesioni sono midollari e radicolari.

E invero le varie fenomenologie dolorose nella tabe sono verosimilmente in rapporto con le lesioni di radiculite spinale.

Da ciò la ragione di interventi che in un primo tempo si rivolsero alle radici posteriori, indi ai cordoni antero-laterali del midollo.

La rizotomia è certamente in grado di far scomparire le crisi dolorose dei tabetici, ma ha i seguenti svantaggi: in parecchi casi è necessaria la sezione di parecchie radici, ciò che rende necessaria una laminectomia estesa, e priva della innervazione sensitiva un territorio più o meno ampio del corpo; l'anestesia inoltre provocata dalla rizotomia spinale posteriore non è elettiva, come quella ottenuta con la cordotomia, ma totale, interessa cioè tutte le forme della sensibilità, superficiale e profonda, il che significa che anche la coordinazione dei movimenti nella zona anestetica viene a soffrirne.

Non vi ha quindi dubbio che l'operazione eseguita da Spiller il 19 gennaio 1911 abbia segnato un notevole progresso nel campo della chirurgia del dolore.

Da allora ad oggi numerose cordotomie sono state eseguite, sia per crisi tabetiche, sia per dolori violenti determinati da tumori inoperabili o da altre affezioni, che non permettono un intervento curativo locale. Fra i chirurghi, che si sono occupati dell'argomento ricorderò: Leighton, Frazier e Spiller, Peet, Foerster, Sicard e Robineau, Hagenau, Horax, Beck, Stookey, Stebbing, Bankart, ecc.

Recentemente Grant ricordava di aver eseguito 51 cordotomie su 48 pazienti nello spazio di 14 anni; e Stöhr riferiva su 12 cordotomie eseguite da Kirschner.

Con la cordotomia ci si propone di sezionare il cordone antero-laterale del midollo, nel quale decorrono le fibre della sensibilità dolorifica e termica del lato opposto, al disopra del punto di entrata e di decussazione delle fibre pertinenti al territorio sede del dolore.

La dimostrazione clinica-anatomica, prima di quella operatoria, che il fascio di Gowers contenesse le fibre della sensibilità termica e dolorifica, fu data dallo stesso Spiller nel 1905, quando egli osservò alla autopsia di un individuo, che aveva presentato anestesia termica e dolorifica delle due gambe, la presenza di un tubercolo solitario nel fascio di Gowers dei due lati.

La tecnica della laminectomia non è difficile; può essere eseguita in anestesia locale, anzi è consigliabile eseguirla in anestesia locale, per permettere ad un neurologo di controllare, durante la sezione del fascio, il progressivo salire della zona anestetica dalla periferia verso il tronco, man mano che la sezione del fascio si approfonda.

Necessita una piccola laminectomia (2-3 vertebre), il che costituisce un vantaggio non indifferente sulla rizotomia, che abbisogna di una laminectomia di solito estesa.

L'unico momento nel quale i chirurgi consigliano di aggiungere alla anestesia locale la anestesia generale è quello in cui le radici posteriori debbono essere isolate, per potere orizzontarsi sulla sede del legamento dentato.

Talora, come nel mio caso, e in genere nei tabetici, l'isolamento della radice posteriore è assai indaginoso, data la presenza di aderenze.

Le manovre sulle radici posteriori sono molto dolorose, mentre la sezione del cordone di Gowers è completamente indolore.

Dati i vantaggi dell'anestesia locale, sia in rapporto alle condizioni generali dell'individuo, sia alla possibilità di poter controllare lo insorgere e il progredire della anestesia periferica durante la sezione del fascio, io credo che sarebbe consigliabile fare l'anestesia locale di una radice posteriore, anzichè ricorrere all'anestesia eterea, che, anche se di breve durata, non consente al paziente di dare subito risposte attendibili sull'estendersi delle zone anestetiche. Volendo ricorrere all'anestesia generale sarebbe in ogni caso preferibile quella con protossido di azoto, perchè permette un più rapido risveglio.

Nei tabetici, a giudicare dal mio caso e dalle osservazioni di altri chirurgi, per la presenza di pseudocisti aracnoidee e di aderenze talora tenaci e numerose fra le radici, l'individuare il legamento dentato può essere indaginoso. Si consiglia in ogni modo, per facilitare la scopertura di questo legamento, e la visione del cordone antero-laterale, di estendere quanto più si può in senso trasversale l'asportazione della lamina.

Tirando con un uncino sul legamento, o sezionandolo e afferrandone l'estremo centrale con una piccola pinza (sul tipo delle *mosquito forceps*), si può far rotare il midollo in modo da mettere in evidenza la parte più laterale della origine apparente delle radici anteriori.

La sezione midollare, che può essere eseguita con un piccolo bisturi o con un uncino sul tipo di quello di Frazier, deve estendersi dalla inserzione del legamento dentato a quella più laterale dei filamenti radicolari anteriori; e non sorpassare la profondità di 3 mm.

La possibilità di poter controllare al millimetro la profondità della incisione costituisce, fra i punti fondamentali della tecnica della cordotomia, il principale. Quantunque Sszoson Jaroschewitsch abbia osservato che lo spessore del fascicolo di Gowers può raggiungere anche 4 mm., tuttavia non è prudente fare una sezione superiore a 3 mm. di spessore.

E, dato che le fibre più superficiali sono quelle che innervano le parti più periferiche, (arti inferiori), così, quando si dovrà eseguire una cordotomia per algie dei piedi o delle gambe non sarà necessario sorpassare la profondità di 2 mm.; come abbiamo fatto noi.

Questo non solo ci metterà al sicuro dalla lesione delle vie motorie talora verificatasi, quando la sezione ha sorpassato il limite dei 3 mm., ma verosimilmente provocherà anche una anestesia più elettiva, limitandola alla sola anestesia dolorifica.

Foerster, Wilson e Fay hanno infatti dimostrato che le fibre per la sensibilità termica hanno nel cordone antero-laterale una sede più profonda di quelle della sensibilità dolorifica.

Nel nostro caso ad una cordotomia assai superficiale, corrispondente ad una localizzazione del tutto periferica del dolore, ha corrisposto una anestesia che sale fino al ginocchio e interessa la sola sensibilità dolorifica. Conviene in ogni modo eseguire una sezione graduale, controllando sull'arto e sul tronco del paziente l'estendersi della zona anestetica, e, nel dubbio, fare piuttosto una incisione non del tutto sufficiente, anzichè una troppo profonda, che interesserebbe irrimediabilmente le vie motorie.

Chè questo è appunto il punto debole della cordotomia, rispetto alla rizotomia, il pericolo cioè di provocare paralisi di moto, quando si siano inavvertitamente sorpassati i limiti del fascio di Gowers.

Qualora, dopo una cordotomia, i dolori non scompaiano completamente, o ricompaiano dopo un certo tempo, la cordotomia può essere ripetuta ad un livello più alto. Partigiano di queste cordotomie « ripetute » è Sszoson-Jaroschewitsch, il quale attribuisce gli insuccessi della cordotomia, oltre che ad una insufficiente estensione della incisione, ad un abnorme spessore del fascio antero-laterale.

Nei casi in cui la cordotomia debba essere bilaterale conviene che la sezione dei fasci di Gowers sia fatta ad altezza diversa, e ciò per evitare possibili disturbi d'ordine vascolare.

Quando si ammetteva che le fibre della sensibilità termica-dolorifica percorressero, dopo la loro entrata nel midollo, alcuni segmenti prima di decussarsi, il punto di elezione della cordotomia (nelle algie addominali) era considerato il 3°-4° segmento toracico. La più recente nozione (Foerster) che tale decussazione avviene subito dopo l'entrata delle fibre nel midollo fa sì che per una data affezione il livello della cordotomia possa essere abbassato; e nello stesso tempo si possono far rientrare nel dominio della cordotomia algie a carico di segmenti più alti, del 3° toracico, considerato come il limite superiore per una cordotomia efficace.

Sempre partendo dal concetto della decussazione tardiva delle fibre termo-dolorifiche, Peet consigliava di completare la cordotomia con una rizotomia parziale, quando si interveniva per affezioni dolorose della parte alta dell'addome.

Anche Grant consiglia di aggiungere alla cordotomia la sezione di alcune radici, quando si intervenga per crisi gastriche.

Per non ledere le radici del nervo frenico, la cordotomia non può essere fatta più in alto del 6° segmento cervicale.

Una prova della anestesia consecutiva a cordotomia, e dei limiti della anestesia, ci è data da un caso di Owen e Fay: in un paziente, operato di cordotomia bilaterale per crisi gastriche tabetiche, si verificò dopo un mese una occlusione intestinale. La incisione laparotomica fatta senza anestesia riuscì indolora; le trazioni sul peritoneo viscerale invece provocavano dolore.

Per ciò che riguarda dati più precisi sulle indicazioni e gli esiti della cordotomia mi riferirò alla statistica di Grant e a quella di Kirschner: Grant ha eseguito 29 cordotomie bilaterali e 22 unilaterali. La causa dei dolori era determinata: da neoplasie inoperabili (32 casi); da ferite da arma da fuoco della colonna vertebrale (4 casi); da crisi gastriche tabetiche (2 casi); da monconi di amputazione dolorosi (2 casi); da altre cause (8 casi).

Nel 75 % dei casi si ebbe completa scomparsa dei dolori o un forte miglioramento; su 29 cordotomie bilaterali si ebbero 3 morti; su 22 cordotomie unilaterali 2 morti.

Appare evidente da queste cifre che nella grande maggioranza dei casi l'intervento fu eseguito per dolori provocati da neoplasmi inoperabili: il risultato, sia per ciò che riguarda la cessazione dei dolori, sia per ciò che riguarda la mortalità, può essere considerato come soddisfacente. In alcuni casi l'insuccesso o la scarsa diminuzione dei dolori si dovette al fatto che era stata eseguita una cordotomia unilaterale, quando sarebbe stato necessario farne una bilaterale.

Assai diversi sono i risultati ottenuti nella Clinica di Kirschner, per ciò che riguarda la mortalità dopo cordotomia per algie da tumori inoperabili.

Su 12 cordotomie 8 furono fatte con questa indicazione: ebbene, si ebbe una mortalità immediata del 50 %; il che farebbe dubitare della giustezza di questa indicazione per la cordotomia.

Grant al contrario, che nelle sue cordotomie per dolori violenti determinati da neoplasie inoperabili, ha avuto una mortalità assai minore, ritiene che la cordotomia sia indicata anche in questi casi, purchè non si tratti di individui, le cui condizioni generali vietino qualunque intervento. Egli dice che condannare al trattamento morfinico individui, che possono vivere ancora parecchi mesi, con il pretesto della finale inutilità di un intervento, che al contrario è capace, con un rischio relativo, di liberare totalmente dal dolore i pazienti, è una risoluzione che « smacks of sheer cruelty » (sa di pura crudeltà).

Probabilmente la differenza della mortalità è in rapporto con le condizioni generali dei

pazienti. Non bisogna attendere, per operare, che i malati, e per il progredire dell'affezione, e per la persistenza dei dolori, siano ridotti in condizioni tali che un intervento qualsiasi ha la più grande probabilità di riuscire fatale.

Per ciò che riguarda le complicazioni post-operatorie, la più grave è certamente la paraplegia, che talora è stata osservata, e che è in rapporto con una incisione midollare troppo profonda. Più frequenti sono le paralisi o le paresi transitorie, che probabilmente non sono in rapporto con lesioni dirette delle vie motorie, ma con fenomeni di mielite traumatica.

Nella statistica di Grant sono riferiti 7 casi di « debolezza motoria » post-operatoria, e 10 casi di ritenzione di urina; non sono lamentati invece disturbi rettali, che altri chirurghi hanno osservato in qualche caso.

In conclusione, riferendomi al caso personale, ho avuto l'impressione che la cordotomia sia una operazione di esecuzione non molto difficile, e che essa abbia apportato un notevole beneficio al nostro paziente. Riferendomi alla vasta esperienza di alcuni chirurghi, si resta convinti della ragionevolezza e della efficacia della cordotomia in alcune affezioni, in cui il sintoma dolore, per la sua persistenza e la sua violenza, domina il quadro della malattia e lo aggrava. L'intervento non comporta una mortalità eccessiva, nè rischi di gravi complicazioni post-operatorie, quando si seguano determinate regole di tecnica, e quando non si attenda lo stadio di cachessia avanzata, prima di inviare i pazienti al chirurgo.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce un caso di cordotomia unilaterale eseguita su di un paziente tabetico, il quale era tormentato da violenti dolori al piede destro.

Cure mediche e una simpatectomia lombare non avevano dato alcun risultato.

Alla cordotomia, eseguita al livelli della 8ª vertebra dorsale, seguì la scomparsa dei dolori; ed una anestesia ai soli stimoli dolorifici, estesa dal piede al ginocchio sinistro.

Si occupa anche delle indicazioni, di alcuni punti di tecnica, degli esiti della cordotomia, riferendosi alla esperienza di alcuni chirurghi.

BIBLIOGRAFIA CONSULTATA.

C. S. BECK. Ann. of Surg., 1930, v. 92, p. 335.
F. C. GRANT. Ibid., 1930, v. 92, p. 998.
OWEN e FAY. Ibid., v. 90
SSZOSON-JAROSCHEWITSCH. Archiv. f. Klin. Chir., maggio 1931.
STOHR. Brun's Beitr., sett. 1931.

CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI BARI
diretta dal prof. L. FERRANNINI.

Un caso di ascesso epidurale a livello della cauda equina.

Dott.ssa ERSILIA NAVACH, assistente volontaria.

Le affezioni purulente circoscritte della dura, anzi del cavo epidurale tra dura propriamente detta e rivestimento periosteo della teca ossea, se sono relativamente rare nel cranio, sono assolutamente rarissime nello speco vertebrale; ne poteva raccogliere solo dieci casi Dandy nel 1926, altri cinque ne raggruppavano testè Graig e Dole: con i due di Sillevis Smith e uno recentissimo di Chiasserini non si arriva alla ventina. Del tutto eccezionale poi è la localizzazione verso l'ultimo tratto del midollo spinale e le relative radici, per cui è particolarmente interessante il caso che mi propongo d'illustrare.

P. F., di anni 18, contadino, da S. Ferdinando di Puglia (Foggia), celibe; non aveva altro precedente morboso importante che la morte della sorella avvenuta in seguito a paralisi a 18 anni. Egli aveva sofferto i comuni esantemi dell'infanzia, ed in marzo ultimo una polmonite a destra, che guarì poi completamente, ma durante la quale l'infermo ebbe per tre giorni intensi dolori alla regione lombare.

Presso che allo stesso posto, alla regione lombosacrale bilateralmente, il 23 giugno, tornando a sera dal lavoro, egli fu colto da acuto dolore irradiantesi verso gli arti inferiori, che, come intorpiditi, non gli permettevano più la deambulazione; mentre si accendeva una leggera febbre continua che non scomparve più, e si fermavano completamente dopo qualche giorno la defecazione e l'urinazione.

In queste condizioni egli entrava in Clinica la sera del 27 giugno.

Sulla regione dolente la palpazione e la percussione provocavano vivo dolore in corrispondenza della III-V vertebra lombare. Per quanto le condizioni di sofferenza dell'infermo non mettessero un esame preciso della sensibilità, sulla parte anteriore dell'addome, al disotto della linea iliaca trasversa, si rilevava ipoestesia tattile dolorifica e termica sugli arti inferiori, anestesia tattile ed ipoestesia dolorifica e termica sulla superficie antero-esterna delle gambe, ed ipoestesia per ogni genere di sensibilità sulla superficie postero-interna di esse sui piedi e sulle cosce fino alla loro radice; e soprattutto una netta zona circoscritta di anestesia completa si rilevava alla regione perineale su di una superficie elissoidale a sella tra pube ed ano.

La flessione anteriore e specialmente laterale del rachide era molto limitata.

Agli arti inferiori la motilità attiva era quasi completamente abolita e non permetteva all'infermo la stazione eretta ed il cammino: solo coi movimenti del bacino egli riusciva a spostare alquanto agli arti immobili. Era invece ben con-

servata la motilità passiva, anche per un notevole stato di ipotonia e flaccidità dei muscoli.

Dei riflessi erano leggermente esagerati e pronti i patellari, aboliti gli achillei ed i medio-plantari, conservati gli addominali, aboliti i plantari cutanei.

Una puntura profonda praticata, tenendo l'infermo seduto, tra IV-V vertebra lombare non diede la sensazione di penetrazione nello speco vertebrale, ma fornì poco pus cremoso giallo-chiaro che in una provetta si rapprese immediatamente. Una seconda puntura praticata più in alto tra XII dorsale e I lombare diede esito a liquido limpido con formazione di leggero reticolo. Nonne-Apelt positiva, Wassermann negativa, in media 2 polinucleati e tre linfociti per ogni campo microscopico del centrifugato. L'ammalato, che prima della puntura lombare aveva ritenzione di urine e feci, cominciò a perdere feci ed urine.

Nulla d'importante nelle urine.

Il risultato delle due punture poneva ben netta la diagnosi di un processo suppurativo estrameningeo, a localizzazione tra IV e V vertebra lombare, e chiariva abbastanza la storia clinica ed anche il punto di partenza dell'infezione.

Generalmente gli ascessi epidurali sono epifenomeni di altre malattie: spondilite tubercolare, osteomielite acuta delle vertebre, traumi spinali con o senza frattura di vertebre (Westerborn, Sillevis, Smith) o sono anche localizzazioni metastatiche senza complicanze vertebrali (Clairmont, Mollière e Pierret, Delèarde, Schick, E. A. Oppenheim, Cassirer, Pulvirenti, Hoestermann, Hinz, Keienfurg, Veragut e Schijder).

L'infermo mio aveva sofferto tre mesi prima una polmonite ed in quella occasione aveva avuto le prime avvisaglie (dolori) della localizzazione epidurale sviluppatasi poi più tardi: per un doppio legame, quindi, di tempo e di spazio, si stabiliva tra i due fatti un rapporto non soltanto casuale. Che io sappia, solo nel caso di Schick si è avuto qualche cosa di analogo: un ascesso epidurale consecutivo a bronchite diplococcica; mentre una infezione nasale era stata il punto di partenza nel caso di Keienfurg, una flebite nei casi di Oppenheim e di Hinz; un foruncolo nei casi di Cassirer, di Pulvirenti e di Hoestehmann.

Comunque, determinato il processo locale per disturbi del circolo per azione di tossine o di agenti infettivi per lesione del midollo od anche per alterazioni extradurali delle sue radici, si sviluppa acutamente o subacutamente la sintomatologia di una mielite trasversa, mentre gli eventuali sintomi meningitici riguardano la parte inferiore del corpo; ed il liquido cerebro-spinale può rimanere normale come nei casi di F. A. Oppenheim, di Hinz, di Morawitz, o presentare lievi alterazioni per ragioni di vicinanza come nel caso mio.

Caso questo anche doppiamente importante, oltre che per la sua origine, pure per la sede verso la parte bassa della regione lombare, ove neppure arriva il midollo spinale.

Qui siamo in piena regione della cauda equina. Se le condizioni dell'infermo non permettevano un esame funzionale minuto ed esatto, per cui nè quello della motilità nè quello della sensibilità potettero raggiungere una precisione sufficiente e fornire risultati sicuri ed esatti, d'altra parte lo stadio acuto del processo morboso ne rendeva non più nettamente circoscrivibili i conseguenti disturbi funzionali; pure la diagnosi di sede era sufficientemente precisata dalla sede del dolore e del pus.

Comunque, sia pure sulla guida di questi fatti, nei disturbi funzionali più gravi e più sicuri appariva ben delineata la sindrone motrice e soprattutto sensitiva del IV mielotomo lombare, che, tra l'altro, resta al disotto del centro del riflesso rotuleo ben conservato nel nostro infermo.

Non impacciava qui una distinzione tra lesione del midollo e lesione omologa della cauda equina, che forniscono manifestazioni cliniche identiche e che solo talvolta si riesce a differenziare in base al meno difficile miglioramento delle lesioni radicolari ed all'esistenza in esse di dolori folgoranti, mentre la dissociazione siringomielica potrebbe caratterizzare una lesione midollare. A livello della IV-V vertebra lombare noi eravamo sicuramente fuori anche dell'epicono e del cono, sulla cauda equina, in corrispondenza degli elementi radicolari del IV mielotomo lombare.

La sera del 29 giugno insieme col chirurgo (prof. G. Ceccarelli) si riesaminò l'ammalato, e si ripetette la puntura nel punto donde prima si era cavato del pus; e, dopo qualche tentativo infruttuoso, si riuscì anche questa volta ad avere del pus, spingendo l'ago un po' a destra della linea spondiloidea, tra IV e V vertebra lombare.

Si decise allora l'intervento chirurgico, che si eseguì la sera stessa.

In anestesia generale si praticò una incisione lombare mediana,. dalla apofisi spinosa della I lombare al sacro. Si asportò l'arco vertebrale della IV vertebra lombare e si ebbe allora fuoriuscita di pus dallo spazio extradurale. Si demolì anche l'arco della III vertebra. La raccolta purulenta si estrinsecava a destra tra dura, che risultava compressa, e il corpo della III e IV vertebra lombare. La dura era ispessita, ricoperta largamente di detriti giallastri ma integra. Si applicò un drenaggio di garza e si diede qualche punto di avvicinamento alla larga breccia.

L'ammalato tollerò bene l'atto operatorio, però

le sue condizioni si andarono man mano aggravando, senza alcun miglioramento dei fatti paralitici preesistenti, e si ebbe la morte il 1° luglio per setticemia.

BIBLIOGRAFIA.

CASSIRER LÉVI. Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1932, Bd. 52.
CHIASSERINI. Policlinico, Sez. pratica, 1932.
CLAIRMONT. Schweizer Archiv, 1923.
CRAIG e DOYLE. Annals of Surgery, 1932.
DANDY. Archiv of. Surgery, 1926.
DÉLÉARDE. Gazette hébdomadaire de Médec., 1900.
HINZ. Deutsche medizinische Wochenschrift, 1921.
HÖSTERMANN. Neurologische Centralblatt., 1921.
KEIENBURG. Medizinische Klinik, 1924.
MOLLIÈRE et PERRET. Lyon médical, 1897.
OPPENHEIM E. A. Berliner klinishe Wochenschrift, 1910.
PULVIRENTI. Policlinico, Sez. chirurgica, 1921.
SCHICH. Wiener klinische Wochenschrift, 1909.
SILLEVIS SMITH. Revue neurologique, 1929.
SITTING. Zeitschrift f. d. ges. Neu. und Psych., 1927.
VERAGUTH et SCHNYDER. Revue neurologique, 1929.
WESTERBON. Acta chirurgica scandinavica, 1924.
WOLTMANN and ADSON. Brain, 1926.

RIASSUNTO.

L'A. illustra un caso di ascesso epidurale a livello della cauda equina, consecutivo a polmonite, e ne illustra la natura e la sede.

RILIEVI E RIFERIMENTI.

Sulla cura della sifilide nelle prostitute.

Ill.mo Sig. Direttore
del giornale *Il Policlinico* - Roma.

Nel N. 50 del *Policlinico*, Sez. Pratica, il dott. Ferdinando Maccari, docente di clinica dermosifilopatica in Siena, pubblicando una nota « Sulla cura della sifilide nelle prostitute », prospetta, come sua proposta, l'opportunità della istituzione di una cartella obbligatoria.

Il chiarissimo prof. Maccari sente infatti la necessità della istituzione di tale cartella, oltre che per ragioni di indole anamnestica, clinica e terapeutica della sifilide fra le prostitute, per poter dare al medico le notizie sulle altre malattie veneree e sulla salute della donna specialmente nei riguardi della tubercolosi (avendone più di una volta trovate affette da forme polmonari), e perchè una cura iniziata in una città venga continuata e condotta a termine in un'altra.

Il predetto Professore si rivolge da ultimo alla superiore Autorità, perchè, presa in esame questa sua proposta, voglia attuarla.

Mi si consenta far noto, che proprio per i motivi che il prof. Maccari espone, io fin dal 1926 ebbi ad istituire qui in Colonia, prima una « Cartella sifilografica individuale », che sostituii poi nel 1928 con una « Tessera sifilografica », con l'approvazione di questo Governo e l'assenso della Direzione Generale della Sanità Pubblica, che ha preso vivo interessamento alla cosa.

E di tale istituzione ebbi a riferire dettagliatamente in una mia relazione su « Gli arsenobenzoli di produzione nazionale sulla cura della sifilide in Colonia », fatta al 3° Congresso Nazionale S.I.M.I.C. in Tripoli dal 4 al 6 ottobre 1930, pubblicata, oltre che sugli Atti del Congresso stesso, sulla rivista *Terapia*, N. 238, dicembre 1930; e in altra mia relazione, fatta per incarico del sen. prof. Gabbi al Congresso coloniale di Firenze, 8-12 aprile 1931, sull'argomento: « Malattie sessuali e lotta antivenerea in Colonia », e pubblicata, oltre che sugli Atti del Congresso stesso, nella rivista *Terapia*, N. 153, marzo 1932.

Riporto quanto dicevo al Congresso di Firenze:

« Nell'esame obbiettivo si cerca di individua-
« re le affette da forme tubercolari, non tra-
« scurando neanche in questo campo le rela-
« tive ricerche ed i mezzi di indagine, per
« isolare ed eliminare dal meretricio quelle che

« risultassero pericolose. Il numero di coloro « che presentano i segni di lesioni tubercolari « pregresse è molto elevato: 75-80 % circa, « ecc.... ».

« Lo studio metodico e particolareggiato di « ciascuna prostituta condusse in primo tem- « po alla istituzione di una " Cartella sifilogra- « fica individuale ,,, conservata nell'Istituto, « che oltre le generalità e fotografia contene- « va: la malattia, i risultati dell'esame clinico « e serologico (W.R., M.T.R., S.G.), brevi no- « tizie anamnestiche in relazione allo stato del- « la paziente, le sue passate infermità, che po- « tevano specialmente aver rapporto con la si- « filide, le annotazioni riguardanti la cura ed i « rimedi adoperati.

« Lo sviluppo rapidamente preso dalla isti- « tuzione, e sopra tutto i benefici risultati, « che non tardarono a rendersi evidenti e sen- « sibili, indussero a perfezionare ed ampliare « la pratica, allo scopo di renderla attuabile in « ogni momento ed in qualsiasi località, e per- « chè le prostitute, che si spostavano frequen- « temente da un centro all'altro della Colo- « nia, avessero con sè i dati attestanti lo stato « di salute nei riguardi specialmente della sifi- « lide, e i medici addetti al servizio celtico « potessero razionalmente, e con profitto, pro- « seguire od effettuare le cure necessarie, che « ogni singolo caso richiedeva, ed esplicare « con migliore efficacia l'opera sanitaria. Ven- « ne da ciò la necessità di sostituire la " Car- « tella sifilografica ,,, con una tessera persona- « le, oltre, s'intende, la " Tessera sanitaria ,,, « di cui ogni prostituta venne fornita e fu « chiamata: " Tessera sifilografica ,,.

« La " Tessera sifilografica ,, non è altro che « un quadro nosografico delle notizie riguar- « danti lo stato di salute della prostituta nei « riguardi della sifilide, e di altre malattie co- « stituzionali, corredato delle relative ricerche « di laboratorio, necessarie ad effettuare l'assi- « stenza sanitaria della prostituta, sopra tutto « rispetto alla sifilide.

« La nuova tessera si compone di due parti: « una destinata ad accogliere le generalità e « tutte le notizie riguardanti le condizioni e lo « stato generale della prostituta, gli anni da « cui esercita il meretricio, le reazioni serolo- « giche eseguite, W.R., M.T.R., l'esame delle « urine, lo stato generale, della dentizione, del « cuore, fegato ed apparato respiratorio: no- « tizie riguardanti la tubercolosi, l'alcoolismo, « il tabagismo, la vaccinazione antivaiolosa, « l'epoca e l'entità delle lesioni sifilitiche del « periodo primario, secondario, terziario; lo « stato dell'apparato glandolare; la cefalea se- « rale e i dolori osteocopi, la data e le in- « fermità celtiche, che determinarono il rico- « vero in ospedale.

« L'altra parte è destinata alla registrazione « delle cure periodiche annuali praticate, in « arsenobenzoli, sali di mercurio, bismuto, « iodio, e alla annotazione di tutte le osserva- « zioni riguardanti la tolleranza alla cura e lo « stato dell'inferma ».

Con perfetta osservanza.

Tripoli, 20 dicembre 1932-XI.

Dott. FILIPPO FIVOLI

1° medico coloniale, Dirett. della « Sala Celtica ».

SUNTI E RASSEGNE.

SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI.

Sui rapporti fra leucemia acuta leucopenica, infezione streptococcica e sistema reticoloendoteliale.

(G. CALLERIO. *Haematologica*, 1932, fasc. 1).

L'A. descrivendo un caso di leucemia acuta leucopenica, rapidamente mortale, con iperplasia sistemica generalizzata del tessuto emopoietico in fase emocitoblastica, fa un'ampia trattazione dell'argomento, specie per quanto riguarda l'eziologia, ancora discussa, delle leucemie acute e la loro diagnosi differenziale, non sempre facile colle cosidette reazioni leucemioidi.

Si trattava di un uomo di 56 a., in cui la malattia ebbe la durata di 10 giorni, con temperatura alta, segni di diatesi emorragica, splenomegalia, anemia con leucopenia (2000 globuli bianchi) e con una formula leucocitaria in cui il 53 % degli elementi erano emocitoblasti ed il 6 % polinucleati neutrofili. L'emocultura fu positiva per lo streptococco. Lo studio accurato dal lato istopatologico, con esami del midollo osseo, milza, fegato, ghiandole linfatiche, reni, cute ha messo in evidenza scarse alterazioni del tipo infiammatorio degenerativo al fegato ed al rene dovute probabilmente al processo setticemico, e caratteristici focolai leucemici eterotipici, con notevole proliferazione leucemica del midollo, in cui numerosi erano gli ammassi di emocitoblasti, macro-, meso- e microemocitoblasti reperto questo che conferma la diagnosi di leucemia acuta emocitoblastica.

Per quanto riguarda la setticemia streptococcica, l'A., secondo l'opinione dei più, ritiene che non sia primitiva, causa del processo leucemico, ma sia un fenomeno secondario a quest'ultimo in relazione alla forte diminuzione dei polinucleati neutrofili onde la possibilità di avere germi di sortita.

Di particolare interesse fu in questo caso il comportamento del sistema reticoloendoteliale, i cui elementi mostrarono nelle sezioni e negli strisci dei vari organi, una notevole iperplasia, con due diversi orientamenti funzionali, quello fagocitario e quello emopoietico. Il primo, messo in rapporto con l'infezione streptococcica, il secondo invece dipendente dal processo leucemico in cui, come si sa, gli elementi reticolendoteliali attivano le loro capacità potenziali emocitopoietiche. CORELLI.

Le emazie falciformi nella razza bianca.

(S. ROSENFELD e J. B. PINCUS. *Americ. Journ. Medical Sciences*, novembre 1932).

Si credeva che le emazie falciformi si trovassero solo nei negri (in proporzione del 7 per cento dei soggetti) o in individui nati da incrocio con negri.

Le emazie falciformi non indicano una malattia, ma sono probabilmente legate ad un difetto del midollo nella formazione delle emazie.

È un carattere ereditario, che si trasmette secondo la legge di Mendel. In un preparato umido si può osservare che queste emazie falciformi acquistano una forma normale nello spazio di qualche giorno o parecchie settimane.

In alcuni casi le cellule falciformi sono distrutte dagli elementi reticoloendoteliali e si ha un'anemia emolitica, che somiglia all'ittero emolitico, da cui si differenzia per presenza di macrociti, e per aumento della resistenza globulare.

Il primo caso di anemia da cellule falciformi in un bianco fu descritto da Castana nel 1925; ma questo caso è criticabile e pare che il reperto fosse quello di gigantociti falciformi. Un caso tipico in un bianco fu descritto nel 1926 da Archibald, ma qui però non è possibile escludere in modo assoluto l'esistenza di un antenato negro. Il caso di Stewart (1927) presentava emazie elittiche, ma non falciformi.

Il primo caso in cui sicuramente si può escludere una discendenza da negri fu quello di Cooley e Lee (1929), mentre dei dubbi si possono avere per il caso di Lights e Simon (1931).

Gli AA. descrivono un caso in cui si può sicuramente escludere la discendenza da negri. Si trattava del figlio di genitori calabresi. Il padre morì 5 anni fa; la madre e una sorella del bambino presentavano pure emazie falciformi, mentre non ne presentava uno zio paterno. Anche la nonna materna aveva emazie falciformi.

Il bambino presentava crisi dolorose addominali localizzate all'ipocondrio sinistro e seguite da ittero ed aveva splenomegalia. Presentava valore globulare basso, modica leucocitosi, normoblasti, reticulociti e macrociti, ed aumento della resistenza globulare. Negli strisci colorati non c'erano emazie falciformi, che invece comparivano sui preparati umidi dopo alcune ore; le emazie riprendevano la loro forma normale immediatamente dopo tolto il coprioggetto; se si lasciava il preparato, le emazie falciformi ritornavano normali di forma dopo qualche giorno.

In questo caso le emazie falciformi furono viste in 3 generazioni e certamente in 5 generazioni è possibile escludere la discendenza da negri. R. LUSENA.

Anemia di Jacksch-Luzet e splenectomia.

(M. R. LEVENT. *Gazette des Hôpitaux*, 17 settembre 1932).

L'anemia pseudoleucemica infantum colpisce generalmente i bambini sino all'età di tre anni e di preferenza quelli che presentano tare sifilitiche, tubercolari o di paludismo, o vivono in condizioni sociali miserevoli. I sintomi più importanti sono la splenomegalia ed il comportamento ematologico che, se pure non è costante e caratteristico, costituisce un elemento diagnostico prezioso.

I caratteri principali sono: ipoglobulia, ipoemoglobinemia, leucocitosi che può salire nelle forme gravi fino a 100.000 per mm. cubo; nella formula leucocitaria si nota una tendenza all'aumento dei linfociti e dei grandi mononucleari, ed all'incontro una tendenza alla diminuzione dei polinucleati neutrofili. Si nota inoltre spesso la presenza di numerosi mielociti e di molti eritrociti nucleati. Questi caratteri ematologici servono per la diagnosi differenziale con la sifilide splenica, il Kalaazar, il morbo di Gaucher e certe forme di anemia palustre.

Le nostre conoscenze sulla patogenesi e soprattutto sull'etiologia della malattia di Jacksch-Luzet non ci indirizzano minimamente per la terapia.

I vari tentativi fatti finora, tutti sulla traccia di orientamenti etiologici, si sono dimostrati vani: così le cure di ferro, vitaminiche, radioterapiche, ecc.

Attualmente sembra logico dare capitale importanza ad una deviazione funzionale od ipofunzione degli organi ematopoietici ed ematolitici, milza principalmente, midollo osseo e fegato secondariamente.

Il primo tentativo di splenectomia risale a Wolf (1906) che ebbe un buon successo, seguito però ad un anno di distanza dalla recidiva.

I molteplici tentativi susseguenti hanno dimostrato che qualche volta si riesce ad ottenere una apparente guarigione di lunga durata, specie se alla splenectomia si fanno pre-

cedere applicazioni radioterapiche e trasfusioni sanguigne.

Mamerto Acuna ha presentato ultimamente due casi di morbo di Jacksch operati di splenectomia, uno da 3 mesi e l'altro da 15 che non presentavano alcuna nota nè ematologica nè clinica della loro malattia.

LIVERANI.

Indicazioni e risultati della splenectomia.

Lord Dawson of Penn (*The Brit. Medic. Journal*, 15 ottobre 1932) ha fatto su questo argomento una conferenza alla riunione per il Centenario dell'Associazione Medica a Londra.

Nell'*ittero acolurico* la splenectomia riduce l'emolisi, ma qualche volta non basta ad evitarla completamente e bisogna domandarsi se non è possibile che ci siano o si formino delle milze accessorie nel midollo osseo o fuori. Se si ritiene che tutti i casi di ittero acolurico devono essere operati di splenectomia, bisogna convenire che l'intervento è bene sia fatto precocemente, cioè a malato giovanissimo, ma non prima che abbia compiuto i 12 anni. L'intervento precoce è necessario non solo perchè solo così si è sicuri di non trovare aderenze perispleniche, ma anche perchè, dopo lungo tempo, si può avere un esaurimento del midollo osseo con conseguente anemia aplastica, come in un caso veduto dall'A. Da notare anche che ci può essere la malattia senza ittero e senza splenomegalia.

Se è implicata anche la cistifellea, si può asportare anche questa, ma la prima operazione da fare è la splenectomia. Dawson non ritiene utile fare una trasfusione di sangue prima dell'intervento.

La prima splenectomia nell'ittero emolitico fu fatta nel 1887 da Spencer Wells, il quale, intervenendo per un tumore che credeva fibroide, trovò che questo era dovuto alla milza e la asportò, e il malato guarì, senza che Wells se ne spiegasse la ragione, e attualmente vive ancora.

Nella *porpora emorragica* la splenectomia dà a volte dei risultati miracolosi, ma certamente nella genesi della sindrome non c'è soltanto la piastrinopenia, ma anche una lesione delle pareti dei capillari. La splenectomia, sebbene sia seguita da aumento delle piastrine solo per la durata di poche settimane, si è dimostrata utile. (Un aumento delle piastrine si ha però dopo interventi chirurgici di qualunque natura ed entità. - *N. d. R.*).

Nell'*anemia splenica* alla Clinica Mayo la splenectomia ha dato 68 casi di morte su 167 casi splenectomizzati. Qui la splenectomia migliora lo stato anemico, ma non modifica quello cirrotico del fegato. Nei 68 morti della Clinica Mayo, un terzo delle morti era dovuta ad emorragie. La splenectomia si farà solo se le alterazioni cirrotiche del fegato non saranno molto avanzate.

R. LUSENA.

FEGATO E VIE BILIARI.

Sulla patogenesi del cosidetto ittero catarrale.

(HANS EPPINGER. *Medizinische Klinik*, 1932, n. 40).

Anatomici e clinici sono ormai quasi tutti d'accordo nell'ammettere che nel cosidetto ittero catarrale non si tratti già di una infiammazione delle vie biliari grosse o fine, ma di una malattia diffusa a tutto il parenchima epatico vero e proprio. Nella grande maggioranza dei casi la forma guarisce senza reliquati di sorta, ma non eccezionalmente essa può evolvere verso l'atrofia giallo-acuta o verso la cirrosi.

Difficile è dire perchè nell'ittero catarrale si debba sempre trattare di una lesione diffusa del fegato; clinicamente dobbiamo ammettere che la causa più frequente è un'intossicazione di origine alimentare che come può ledere vari organi così può condurre ad una lesione specifica del fegato che si palesa col quadro clinico dell'ittero catarrale.

Rossle ha dimostrato che nel fegato può aversi un'infiammazione sierosa che può costituire il primo stadio di uno stato morboso cronico capace di condurre alla cirrosi dell'organo: si tratta di un essudato non corpuscolato che si raccoglie fra capillari sanguigni e cellule epatiche e che come in altri organi così può condurre ad alterazioni croniche anche del fegato.

Eppinger pensa che anche nell'ittero catarrale esiste una condizione simile, basando la sua opinione su pochi dati importanti: se si inietta una forte dose di istamina ad un cane, si instaura in breve tempo il quadro di un collasso a base del quale sta principalmente ritenzione di una notevole quantità di sangue nel bacino portale. Contemporaneamente allo squilibrio meccanico che la ritenzione portale produce nel circolo generale, si verifica anche una fuoriuscita di plasma dai capillari che a sua volta provoca un ispessimento del sangue per aumento relativo dei gl. rossi senza contemporaneo aumento del contenuto in albumine. Se dopo un simile trattamento si esamina il fegato, si vede che esso è ingrandito, ricco di sangue e istologicamente si trovano gli spazi linfatici dilatati e pieni di un liquido straordinariamente ricco di albumina solo raramente contenente emazie, si vede cioè un quadro che ricorda assai da vicino quello di una infiammazione siero-

sa. Se questa condizione dura a lungo o si ripete, si forma una degenerazione grassa e nei casi più gravi una necrosi che si localizzano prevalentemente attorno alla vena centrale del lobulo e che a lungo andare conducono alla cirrosi del fegato.

Con questi dati alla mano Eppinger studia alcuni casi di ittero catarrale secondari ad intossicazione di origine alimentare e in tutti trova abbassamento della pressione arteriosa e venosa diminuzione della massa di sangue circolante, aumento relativo degli eritrociti, normale percentuale di albumina nel siero di sangue, una condizione di cose cioè che ricorda assai, da un lato, gli effetti dell'intossicazione istaminica sperimentale, dall'altro l'infiammazione sierosa descritta da Rössle.

Eppinger pertanto ritiene che nell'ittero catarrale esista un'infiammazione di quel tipo, per la quale parlano anche le notevoli modificazioni del volume del fegato nel corso della malattia. E. ANTONIAZZI.

Ricerche sperimentali sulle secretine. Loro importanza nella coleresi.

(E. CHABROL, R. CHARAMAT, M. MAXIMIN, A. BUSSON, J. PORIN e J. COTTET. *Presse Méd.*, 16 novembre 1932).

Le sostanze ad azione coleritica devono essere distinte in due grandi categorie: coleritici diretti e indiretti.

Gli AA. designano sotto il nome di coleretici diretti quei corpi i quali, iniettati per via endovenosa, aumentano molto rapidamente, nello spazio di una mezz'ora o di un'ora, il volume della secrezione epatica. È nella serie aromatica che si trovano i migliori esempi di tali corpi. I glico-taurocolati e l'atofan non sono soli a triplicare o quintuplicare il volume della bile; gli AA. hanno potuto dimostrare l'azione energica dei naftoati, degli ossinaftoati di sodio, dei naftoli. Con molecole provviste di un solo nucleo, la coleresi è più modesta; essa è facilitata dalla funzione fenolo. Gli AA. citano gli acidi-fenoli, i derivati bromati, iodati e mercuriali dell'acido salicilico ed anche di semplici fenoli: resorcina, idrochinone, floroglucina.

Le ricerche che gli AA. hanno fatto sulla coleresi nella serie aromatica hanno permesso di far loro intravedere il principio attivo di un certo numero di vegetali che hanno riputazione millenaria di aumentare la secrezione biliare.

La serie grassa è povera di coleretici, a paragone della serie aromatica. Fra i sali degli acidi grassi, l'oleato di sodio è il solo che sia dotato di un'azione notevole, e non è senza interesse il ricordare che esso figura fra i costituenti della bile normale. Gli AA. hanno rivelato l'azione fino allora sconosciuta del monocloroacetato di sodio e dell'aspirina monoclorata, che provocano una coleresi rimarchevole per l'aumento del volume delle bile e per l'abbondanza dei sali escreti.

Una seconda classe di coleretici è quella dei coleretici indiretti. La maggior parte delle sostanze che la compongono non producono alcun effetto sulla secrezione epatica quando siano iniettate per via endovenosa. Per mettere in evidenza la loro azione sclerotica conviene ricorrere agli animali portatori di una fistola duodenale. È risvegliando un ormone chiamato secretina, o forse, come si pensava prima, dando origine ad un riflesso in territorio duodenale, che un certo numero di questi corpi aumentano momentaneamente il flusso biliare.

Sostanza tipo è l'acido cloridrico diluito. Confermando le esperienze di Enriquez e Hallion, gli AA, hanno constatato che le soluzioni al 2 o 4 per mille di HCl raddoppiano il volume della bile, quando siano introdotte nell'organismo dalla fistola duodenale. Lo stesso acido resta inattivo quando sia somministrato per via endovenosa.

Ecco un fatto di grande interesse dottrinale quando si consideri il ciclo della digestione normale.

Non bisogna però credere che l'eccitazione della mucosa duodenale comporti l'intervento esclusivo di una secretina elaborato in mezzo acido, secondo l'ipotesi di Bayliss e Sarling. Il solfato di magnesio, introdotto nell'intestino del cane, alla dose di 5 gr. per 100 cc. di acqua, raddoppia per lo più la secrezione biliare.

È ancora al capitolo dei coleretici indiretti che si riattacca l'azione misteriosa delle acque minerali dette alcaline. Quando siano introdotte per via endovenosa, quale che sia la dose, non si ottiene alcuna variazione di volume della bile. Essa aumenta solo quando si introduce l'acqua termale per via gastrica o duodenale.

Gli AA. avevano preventivamente stabilito che la somministrazione per via digestiva ad un cane di parecchie centinaia di grammi di acqua distillata non modifica sensibilmente il ritmo della secrezione biliare.

La distinzione stabilita dagli AA. fra coleretici diretti e indiretti non interessa soltanto il fisiologo; essa offre anche un grande interesse pratico. Con i coleretici diretti noi penetriamo nell'intimità della linfa e del sistema lacunare per realizzare un vero drenaggio interstiziale che il clinico può mettere a profitto. Un tutt'altro insegnamento ci danno i coleretici indiretti, dimostrandoci l'accoppiamento fisiologico del tratto gastro-intestinale e della ghiandola epatica.

Siamo noi in diritto di concludere con gli Autori classici che la secrezione biliare normale è sotto il dominio stretto della secrezio-

ne isolata da Bayliss e Starling? Ogni affermazione a questo riguardo sembra agli AA. prematura. Per convincersi di ciò basta osservare un cane portatore di una fistola coledocale e nel quale sia stata preventivamente esclusa la colecisti. Paragonando i campioni di bile che si possono raccogliere di mezz'ora in mezz'ora durante una giornata intera, è facile riconoscere che non esistono fluttuazioni nel volume del liquido escreto.

Tutto porta a pensare che su di un cane normale, senza fistola, il va e vieni dei sali biliari mantenga una coleresi che non ha niente da invidiare nel suo grado e nella sua continuità agli effetti modesti e incostanti della secretina preparata chimicamente dai fisiologi inglesi; tutto lascia intravedere che nella gamma così variata dei nostri alimenti, che si tratti dei corpi grassi che danno origine agli oleati o dei vegetali particolarmente ricchi in fenoli ed in princìpi aromatici, esistano dei principi energici capaci di provocare per sè soli il flusso biliare.

Non è il meccanismo di azione della secretina duodenale che costituisce il grande enigma della fisiologia digestiva; è piuttosto quello di una *escretina;* è il meccanismo dei fattori che condizionano l'apertura e la chiusura dello sfintere di Oddi. C. TOSCANO.

Rapporti fra pancreatite ed affezioni delle vie biliari.

(J. BOTTIN. *Revue belge des sciences médic.*, 1932, n. 4).

Esiste una coincidenza frequente fra le affezioni delle vie biliari (litiasi biliare o colecistite) e pancreatite. Due sono le teorie che cercano di spiegarla.

La teoria vascolare presenta la pancreatite come una primitiva lesione tossica od infettiva derivante dall'ipertensione portale per trombo-flebite dei grossi rami vascolari.

La teoria canalicolare raccoglie il maggior numero di AA. Si ammette che vi è ostruzione dell'ampolla di Vater. Questa ostruzione trasforma il coledoco ed il canale di Wirsung in un canale comune che permette alla bile di risalire nel Wirsung dando luogo alla pancreatite.

Di certo attualmente l'idea di un reflusso del contenuto intestinale attraverso il canale di Wirsung è accettabile: Gosset, Binet ed altri l'avevano dimostrato: l'A. stesso in un lavoro sull'ostruzione intestinale ha emesso la stessa opinione. D'altra parte sperimentalmente, nel cane, mai è stato con certezza dimostrato che la pancreatite poteva nascere in seguito al riflusso di bile nel canale pancreatico. Recentemente Wolfer, intubando nel cane il coledoco ed il pancreatico, trasformando cioè artificialmente il coledoco ed il Wirsung in un canale comune, ha visto frequentemente il succo pancreatico risalire verso la vescicola biliare e non l'inverso, spiegando così la patogenesi della peritonite biliare senza perforazione. Le esperienze dell'A. portano a credere che le complicazioni pancreatiche sarebbero dovute al passaggio nel canale di Wirsung di succo duodenale, ascensione che si potrebbe verificare in seguito alla soppressione del flusso biliare e gastrico e ad una paresi della porzione superiore del tenue. La pancreatite umana secondo l'A. sarebbe dovuta in una colecistite, ad una paralisi o ad una paresi del duodeno che permetterebbe l'ascensione nel Wirsung del liquido duodenale. La pancreatite consecutiva ad una litiasi in un certo numero di casi sembrerebbe dovuta all'incuneamento di un calcolo nell'ampolla del Vater, in altri casi la infezione biliare complicazione costante nell'incuneamento del calcolo, agirebbe con meccanismo analogo a quello osservato sperimentalmente. MONTELEONE.

MISCELLANEA.

La trasfusione di sangue nelle malattie interne.

(N. JAGIC. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 29 luglio, 1932).

La trasfusione di sangue ha una triplice azione curativa: sostitutiva per l'apporto di sangue fresco; emostatica per l'apporto di sostanze coagulanti; plastica in quanto eccita la funzione del midollo osseo con la conseguente attivazione dell'eritropoiesi e formazione di trombociti.

Pertanto questa pratica terapeutica trova la sua indicazione in molteplici condizioni morbose.

Innanzi tutto riesce vantaggiosa nelle anemie ed oligoemie acute da gravi emorragie. Al riguardo bisogna prendere in considerazione una lunga serie di affezioni degli organi interni che possono determinare abbondanti perdite di sangue. Nelle ematemesi da ulceri gastriche e duodenali gravi fino al punto da mettere in pericolo la vita del paziente, la trasfusione può dare risultati sorprendenti. Già dopo ore si nota un miglioramento dello stato generale. E nei giorni seguenti si può rilevare una riduzione del contenuto di sangue nelle feci, che dimostra l'azione emostatica della trasfusione. Questa il più delle volte consente pericolosi interventi operativi nello stadio delle anemie acute gravi. La trasfusione ha azione favorevole anche sullo shock postemorragico con paralisi vasali periferiche, alle quali la sua azione può essere validamente aiutata da iniezioni di eccitanti del tono vasale

(caffeina, stricnina, ephetonina). Questa indicazione vale anche per gli shock post-operativi determinati da abbondanti emorragie.

Analogamente una o più trasfusioni sono vantaggiose nelle emorragie da varici dell'esofago, nella cirrosi epatica e nella trombosi splenica.

Nelle emottisi gravi infrenabili una trasfusione di sangue può rendere buoni servizi e così pure nelle gravi enterorragie tifose.

Altra indicazione è quella delle anemie secondarie di alto grado consecutive ad emorragie piccole e ripetute (emorroidi, perdite di sangue piccole ma continue dallo stomaco e dall'intestino, emorragie miomatose, ecc.), specie quando dopo l'arresto dell'emorragia la rigenerazione degli eritrociti rimane difettosa.

Tra le anemie primarie croniche è da menzionare innanzi tutto l'anemia perniciosa. Con l'introduzione della terapia specifica per questa affezione mediante la dieta a base di fegato e di stomaco e le iniezioni di estratti epatici, la trasfusione di sangue è meno praticata. Tuttavia vi sono casi nei quali non se ne può farne a meno, e particolarmente quando il numero delle emazie cade al di sotto del milione. In ogni modo la terapia epato-gastrica dà sempre risultati migliori, quando al principio della cura stessa si pratica una trasfusione.

Nell'ittero emolitico familiare nello stadio dell'anemia grave la trasfusione è utile, sopra tutto come preparazione all'intervento della splenectomia.

Nelle anemie aplastiche essenziali la trasfusione costituisce un mezzo per migliorare almeno transitoriamente lo stato del sangue e le condizioni generali.

Le anemie aplastiche secondarie, come forme sintomatiche di sepsi, sifilide, malaria, ed anche come effetto delle applicazioni di raggi Roëntgen, che spesso presentano il quadro delle anemie gravi, si giovano molto delle trasfusioni ripetute più volte a distanza di tre o quattro giorni. Il miglioramento è sempre notevole e anche la guarigione frequente. In tali casi il sangue trasfuso agisce sia come sostituto di quello scomparso, sia come eccitante dell'attività midollare.

Nelle diatesi emorragiche, specie nelle forme di porpora trombopenica di varia etiologia, la trasfusione agisce sopra tutto come eccitante dell'attività trombopoietica del midollo. Spesso essa arresta emorragie anche gravi dal naso, dalle gengive e da altre parti.

Nella leucemia linfatica cronica non di rado determina un miglioramento dello stato anemico.

Invece nella leucemia mieloide cronica produce una forte reazione febbrile con peggioramento dello stato generale.

Nella linfogranulomatosi con anemia una o più trasfusioni producono un miglioramento transitorio e talvolta anche una lunga remissione.

Nell'avvelenamento ossicarbonico la trasfusione preceduta da un salasso può scongiurare il pericolo di morte.

Del pari riesce vantaggiosa nell'avvelenamento di benzolo, che spesso provoca una grave anemia accompagnata da leucopenia e trombopenia.

Nelle pancreatiti acute la trasfusione ha un'azione favorevole, specie come preparazione all'intervento chirurgico.

Può riuscire utile negli stati suppurativi con scadimento delle condizioni generali. Al riguardo l'A. ricorda che in un caso di ascessi polmonari multipli consecutivi a piemia otogena accompagnato da notevole anemia, la trasfusione determinò un rapido miglioramento delle condizioni generali ed influì favorevolmente anche sul processo polmonare.

La trasfusione è indicata nella colite ulcerosa: essa migliora lo stato anemico ed il processo locale.

Nella nefrite cronica con anemia e con uremia minacciante, la trasfusione può agire favorevolmente. È stato notato che non ha alcun effetto dannoso sulla ritenzione dell'azoto, mentre allevia lo stato tossico.

In conclusione, la trasfusione è oggi un importante mezzo terapeutico con molteplici indicazioni. Essa quando sia praticata con le necessarie cautele è scevra di ogni pericolo.

DR.

Il trattamento della tonsillite acuta.

(J. F. O'MALLEY. *The Practitioner*, nov. 1932).

Caratteristiche del tessuto linfatico od adenoide. Questo tessuto nell'infanzia e nell'adolescenza differisce da quello dell'età adulta, essendo maggiormente cellulare, con minor quantità di strutture fibrose. Esso varia anche dall'uno all'altro bambino; in alcuni focolai, le cellule si moltiplicano attivamente o si fanno strada, per le vie linfatiche, fino alla corrente sanguigna. Si tratta di un tipo di tessuto semifluido, che sta fra la linfa od il sangue ed i tessuti di struttura fissa. Esso è molto vulnerabile specialmente nel primo periodo della vita, in quanto che assorbe rapidamente il materiale settico, si infiamma facilmente, si rigonfia e trasmette la sua reazione alle stretture linfatiche adiacenti.

Se il focolaio primitivo è gravemente infetto, i prodotti infiammatori raggiungono la corrente sanguigna e si hanno così delle reazioni immunitarie, specialmente la febbre; questa viene ora considerata come un sintomo benigno, in quanto che le sostanze immunitarie sarebbero prodotte più agevolmente che alla temperatura normale del sangue.

I fenomeni infiammatori locali sono di natura difensiva e prevengono la rapida invasione

del sangue; la quantità di materiale infettivo trattenuto da una dozzina di ghiandole cervicali costituirebbe probabilmente una dose letale se entrasse direttamente nel sangue.

Le reazioni di questo sistema portano allo acquisto di una certa immunità nelle infezioni microbiche comuni; vi è un esteso strato di questo tessuto nella mucosa che riveste il naso, il naso-faringe, la faringe; esso si ammassa poi in alcuni punti delle tonsille, alla base della lingua ed al naso-faringe. Ogni parte di esso può costituire un focolaio primitivo di infezione e reazione, ma specialmente le forti masse alle tonsille. Le reazioni troppo frequenti locali e sistemiche portano da un lato alla malattia tonsillare, dall'altro ad uno stato di anafilassi; si stabilisce quindi un grado variabile di turbata salute, in quanto che non vi è possibilità di frenare le reazioni e l'iperfunzionamento del tessuto, se si presenta l'occasione di infettarsi.

La *tonsillite semplice catarrale* è generalmente la partecipazione tonsillare ad un'infiammazione lieve, acuta delle vie respiratorie superiori e non richiede un trattamento diverso da quello usato nei comuni raffreddori, spesso battezzati per influenza.

LA TONSILLITE ACUTA FOLLICOLARE E PARENCHIMATOSA.

Si applica il termine di follicolare (o lacunare) quando l'infiammazione si manifesta principalmente allo sbocco delle cripte tonsillari con degli zaffi gialli; se la tonsilla è tutta rigonfia e rossa, con pochi zaffi nelle cripte, si tratta, secondo qualche autore di forma parenchimatosa; tale raffinatezza di distinzione non sembra però necessaria.

Si tratta di un tipo frequente nella fanciullezza, ma più comune negli adolescenti e nei giovani, accompagnato da sintomi locali e generali: rossore, gonfiore e dolore locali, con tipici zaffi gialli agli sbocchi delle cripte, febbre e stanchezza generale.

Il *trattamento* deve avere due scopi, l'uno di diminuire un'ulteriore invasione delle tonsille e l'altro di favorire una rapida eliminazione delle tossine. Il riposo in letto ed il caldo sono essenziali perchè l'organo eliminatore più attivo, la pelle, entra in funzione. Il paziente che si porta in giro tale malattia è esposto ai rischi di complicazioni, quali il reumatismo acuto, l'endocardite, la nefrite, nonchè ad una probabile esaltazione della virulenza a causa dell'improvvisa perdita di calore del corpo.

Per evitare un'ulteriore invasione tossica delle tonsille, viene consigliata l'applicazione locale di nitrato d'argento (soluzione all'80 %), da farsi nelle prime 24 ore; essa coagula gli essudati, formando uno strato di albuminato d'argento che, a quanto sembra, ingloba i microorganismi ed impedisce la loro attività. Il tampone va strizzato bene prima di applicarlo, poichè la caduta di qualche goccia nella laringe provocherebbe grave spasmo e cianosi. Azione analoga, ma meno efficace ha il guaiacolo al 30 %. Questo trattamento può essere fatto negli adolescenti e nei giovani, non nei bambini.

In luogo di esso, si potranno fare delle lavature e dei gargarismi con soluzione calda di clorato di potassio; l'utilità di tale pratica è però discutibile. Il caldo applicato esternamente con cataplasmi od adatti preparati del commercio provoca sollievo ed aiuta la risoluzione del processo.

Per eliminare le tossine, è consigliabile la abbondante traspirazione da continuarsi per 24 ore o più; a tale scopo, si metteranno delle coperte sul letto e si faranno portare mutande od altri indumenti di lana. Utile è la larga somministrazione di liquidi.

La dieta deve essere essenzialmente liquida; il pane inzuppato nel latte caldo, minestrine e sughi di carne sono convenienti.

Come medicamento, l'A. consiglia una dose di calomelano (12 cg.) seguìta, entro 12 ore da un purgante salino (polvere di Seidlitz); utile è la somministrazione di salicilato di sodio con bicarbonato di potassio e spirito di etere nitroso. Se vi è edema delle fauci, a parte gli eventuali segni di angina, si può pensare ad una grave infezione streptococcica; in tal caso, se la febbre permane dopo 36-48 ore anche dopo la sudorazione, è consigliabile l'iniezione di 10-20 cmc di antitossina streptococcica concentrata.

LA PERITONSILLITE.

Si inizia generalmente come tonsillite acuta, ma l'intensa infiammazione si diffonde alle grandi cripte tonsillari ed alla parte superiore dei pilastri anteriori delle fauci, lasciando relativamente libero il resto della tonsilla. Vi è un'infiammazione plastica attiva che chiude gli orifici delle cripte ed impedisce la libera uscita dell'essudato. L'infiammazione si estende anche ai tessuti circostanti; si ha così miosite dei muscoli dello scheletro, con dolori forti specialmente usando i muscoli della deglutizione e per aprire la bocca. I sintomi generali sono forse minori che quando è presa tutta la tonsilla. La peritonsillite può risolversi senza formazione di ascesso.

Come trattamento locale, applicazione di cataplasmi all'esterno e della soluzione di nitrato d'argento (in tal caso al 50 %) sulle lesioni, usando le precauzioni sopra indicate. È conveniente applicare dapprima un po' di cocaina al 10 %; in qualche caso, l'attacco abortisce.

Il trattamento generale è analogo a quello della tonsillite acuta; in questo caso, l'aspirina provoca maggior sollievo del dolore che non il salicilato di sodio; la traspirazione è

utile ma meno necessaria che nella tonsillite. L'A. consiglia i gargarismi di aspirina. L'ingestione di pappe è meno dolorosa che quella di liquidi.

Col progredire della malattia, si forma l'ascesso, che si mostra prominente in corrispondenza di una linea che va dalla base dell'ugola all'ultimo molare superiore. In questo punto va fatta l'incisione, preceduta dall'applicazione di cocaina al 10 %. È necessaria una buona illuminazione frontale, in modo da avere le mani libere. Come strumenti, sono necessari: un bistori con la lama in parte coperta mediante pflaster, un abbassalingua ed una pinzetta fine. Si affonda il bistori direttamente verso l'indietro, ritirandolo poi; se il pus non esce, si introduce la pinza chiusa, aprendola poi in modo da allargare l'incisione. Il tutto non occupa che pochi secondi. Alcuni autori consigliano di asportare in tale occasione la tonsilla, ma l'A. è giustamente contrario a tale pratica.

fil.

Stimolo tubercolinico: specificità e aspecificità.

(M. RIGNANI. *Giornale di Clin. Medica*, 20 sett. 1932).

Molto si è discusso in questi ultimi tempi sulla specificità delle reazioni tubercoliniche. È un fatto indubbio che la tubercolina iniettata anche in minime dosi in individui tubercolosi provoca una reazione spesso violenta, mentre iniettata in individui indenni da infezione tubercolare non provoca nessuna reazione visibile anche se usata in dosi elevate e così si dimostra pure inattiva in animali sani.

L'A. ha voluto vedere se, pur non avendosi in questi ultimi casi i fenomeni morbosi che si manifestano nell'animale tubercoloso, non si ottenga tuttavia una qualche reazione che, sfuggita ad un esame superficiale e macroscopico, possa rendersi evidente con un esame dettagliato dei singoli sistemi, ed ha scelto per questa indagine il sistema ematopoietico ed il sistema reticolo-endoteliale, sia per la facilità ed esattezza con cui si possano controllare le loro variazioni, sia perchè sensibili a stimoli anche lievi.

Iniettando in dosi appropriate tubercolina nei conigli, l'A. ha ottenuto una reazione del sistema ematopoietico e del sistema reticolo-endoteliale, reazione che ha interpretato come aumento di resistenza.

Per avvalorare tale ipotesi, l'A. ha iniettato in conigli tubercolinizzati ed in conigli non tubercolinizzati di controllo, bacilli di Koch virulenti di tipo bovino, ed ha riscontrato negli animali tubercolinizzati una resistenza alla malattia tubercolare molto maggiore di quella offerta dai rispettivi controlli.

Pensando, come è opinione di molti, che lo stimolo tubercolinico sia aspecifico e possa quindi esplicarsi verso altri germi, oltre il bacillo di Koch ha iniettato, in altre serie di conigli tubercolinizzati e nei rispettivi controlli, strepto- e stafilococchi virulenti, riscontrando anche verso queste infezioni una molto maggiore resistenza negli animali tubercolinizzati di fronte a quelli di controllo.

Conclude dunque che la tubercolina esercita uno stimolo benefico ed aspecifico.

C. TOSCANO.

DIVAGAZIONI CULTURALI

L'Umanismo greco-latino e gli studi medici.

A. B. Marfan, dell'Accademia di Medicina (*Journal des Debats* del 16 agosto 1932, recensito in *Paris Médical*, 1° ottobre 1932), a proposito di un emendamento presentato al Senato da M. Achierre, che esigeva il baccellierato « latino-greco » per l'ammissione nella Facoltà e nelle scuole di Medicina, emendamento che, approvato al Senato, fu scartato dalla Camera dei deputati, spezza una lancia a favore dello studio del latino e del greco, che egli giudica di grandissimo valore per lo sviluppo dell'intelligenza e della ragione.

L'A., dopo aver constatato con preoccupazione il progressivo abbassamento della cultura degli studenti di medicina, afferma che, per sua esperienza, i migliori studenti sono in generale quelli provvisti del diploma di baccelliere « latino-greco ».

Lo scopo principale dell'insegnamento secondario è di formare l'intelligenza, esso deve dunque soprattutto insegnare a comprendere, a riflettere e a giudicare. Inoltre esso deve formare il gusto dell'allievo e sviluppare alcuni sentimenti elevati.

Per formare ed affinare l'intelligenza dei fanciulli, la versione ed il tema sono gli esercizi migliori. La prima fa penetrare l'allievo nel genio della lingua che impara e nello stesso tempo gli insegna la propria lingua. Il tema è necessario per assimilare l'idioma straniero. Lo sforzo che l'allievo fa per trasportare in una lingua un testo scritto in un'altra lingua è l'esercizio più proprio per sviluppare il suo spirito.

Ora, come educatrice, la lingua latina e la lingua greca sono superiori alle lingue viventi. Il latino deve essere la parte essenziale degli studi secondari e deve essere insegnato secondo i metodi antichi. Esso appare allora come una lingua concisa, chiara, energica, madre del francese, che non si sa bene se non si è appreso il latino. Le idee dei Romani sono semplici, forti e molto generali; e si applicano a tutti gli uomini ed a tutti i tempi. Le opere latine sono, nell'insieme, molto più sa-

ne delle moderne ed insegnano l'ordine e la giustizia, la necessità di una gerarchia fondata sui valori intellettuali, morali e sociali, e non sulla ricchezza, il capriccio di una massa ignorante o il predominio della forza bruta. Esse fanno comprendere i vantaggi di una organizzazione familiare potente e la nobiltà del lavoro dei campi. Vi si attingono lezioni di coraggio, di devozione e di patriottismo. Esse sono ammirabilmente educatrici.

Oggigiorno, che gli scambi intellettuali fra i popoli sono divenuti sempre più difficili, si fa sentire di più il bisogno di una lingua universale. Il ritorno al latino come idioma internazionale sembra la soluzione meno chimerica.

Allo studio del latino bisogna aggiungere quello del greco. Il greco ci fornisce l'etimologia di una moltitudine di parole. Il vocabolario medico è pressochè incomprensibile senza una certa infarinatura di greco. E poi, lo sforzo che costa il tradurre alcuni versi di Omero o qualche pagina di Senofonte o di Tucidite o di Platone è il solo mezzo per avere un'idea di questa lingua armoniosa, ricca, flessibile, che permette di esprimere chiaramente le cose più fini e più sottili. Se ai rudimenti della lingua si associano alcune nozioni sull'arte greca, si darà all'allievo la rivelazione di qualche cosa di perfetto e di unito.

Certo, non bisogna avere la superstizione di questi studi. Se essi sembrano indispensabili per acquisire un certo grado ed una qualità particolare di cultura, da soli non bastano a formare un buono spirito. Ma, senza di esse, manca qualche cosa all'uomo che deve occupare un certo rango sociale o rivestire certe funzioni. Essi sono poi più necessari in questo secolo, che nei secoli passati, perchè viviamo in un tempo in cui bisogna favorire più che mai tutto ciò che allontana dall'utilitarismo immediato, che fa riflettere sui grandi problemi dell'umanità, che esalta i valori spirituali, e si opponga al materialismo industriale e bancario che asservisce e rovina i popoli moderni.

Per ciò che particolarmente riguarda gli studi medici, sono gli studi umanistici grecolatini che preparano meglio allo studio e alla pratica della medicina. Essi formano delle intelligenze più aperte, più comprensive, più curiose. Nello stesso tempo sviluppano lo spirito critico, più necessario in medicina che in ogni altra scienza.

Quanto alla obiezione che il sovraccarico dei programmi, imposto dall'accrescimento del sapere umano verificatosi negli ultimi tempi, obbliga a ridurre lo studio delle lingue antiche, l'A. dimostra come il sovraccarico dei programmi sia dovuto all'irrazionale distribuzione delle materie d'insegnamento ed alla importanza eccessiva che si dà ad alcune materie speciali, per cui il cervello dei fanciulli viene stancato ed ingombrato con parole, formule, date, nomenclature senza valore educativo. Mettendo poi in evidenza la sproporzione fra il tempo che viene consacrato all'insegnamento dell'inglese e del tedesco ed i risultati pratici che da questi studi si ottengono, l'A. si rammarica che l'Università si rifiuti da dare all'italiano e allo spagnolo un posto eguale a quello dell'inglese e del tedesco, tenuto conto che gli allievi che apprendono il latino, specie quelli del Mezzogiorno, imparerebbero queste lingue molto meglio dell'inglese e del tedesco ed arriverebbero molto più facilmente a parlarle.

L'A., dopo essersi dichiarato contrario al regime di facilità che si tende ad instaurare nelle scuole francesi in quanto lo sforzo è la legge della vita, e dopo aver messo in evidenza la necessità di sviluppare la memoria, facoltà delle più necessarie per lo sviluppo dell'intelligenza, conclude augurandosi che le ragioni addotte da quanti sono convinti delle grandi virtù educatrici degli studi umanistici non siano senza risultati. C. TOSCANO.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

S. OTTOLENGHI. *Trattato di Polizia Scientifica.* Vol. II. *Identificazione psichica e biografica e investigazioni giudiziarie.* Vol. in-8° di pag. 568. Società Editrice Libraria, Milano, 1932.

È solo da alcune settimane, che con elegante veste tipografica della Società Editrice Libraria, è stato pubblicato il tanto atteso secondo volume del *Trattato di Polizia Scientifica* del Prof. S. Ottolenghi.

Il primo volume, edito circa 20 anni or sono, trattava dell' « identificazione fisica applicata alla Medicina e alle funzioni di Polizia »; questo secondo volume, che completa l'opera, tratta delle « investigazioni giudiziarie ».

I molti anni di attesa, non stanno ad indicare sosta di idee o riesumazione di concetti sorpassati, ma invece l'incessante progredire di questa branca tutta italiana della Medicina Legale, tutta svoltasi per l'opera incessante del Maestro che con entusiasmo ed attività veramente giovanili, ha elevato le funzioni di Polizia diffondendo in questa il metodo rigorosamente scientifico sperimentale orientato alla conoscenza antropo-psicologica, biografica, costituzionale, dell'individuo reo o supposto tale.

Ecco perchè questo Trattato, ben figura nella biblioteca del medico, che trova nell'opera dell'Ottolenghi, fonti preziosi, per le conoscenze individuali e costituzionali, che tanta importanza hanno assunto in questi ultimi tempi, in tutte le branche della Medicina.

Fu primo Cesare Lombroso, che invocò una polizia che utilizzasse il continuo progresso scientifico delle scienze biologiche e fisiche, l'applicazione dei metodi scientifici, non al solo segnalamento descrittivo antropologico (ritratto parlato di Bertillon); ma anche alla conoscenza di tutta la personalità del delinquente. Tale il pensiero dell'ideatore della Polizia Scientifica che dall'Ottolenghi fu raccolto, esteso, attuato in un corpo di Scienza, in una serie di Servizi di Polizia.

L'Ottolenghi iniziò la sua lunga laboriosa opera nel 1906 a Siena ove dettò il primo Corso di Polizia Scientifica; istituì nel 1903 presso la Direzione generale di P. S., la prima Scuola di Polizia Scientifica, che da allora ha vigorosamente ed audacemente indirizzata la prora, alla lontana meta ora raggiunta, di far conoscere metodologicamente a medici, a funzionari, ad agenti, con criteri obiettivi scientifici, il delinquente e la sua pericolosità e di applicarli in altrettanti Servizi di Polizia annessi alla Scuola.

Si è così venuto sviluppando l'orientamento biologico nelle funzioni di Polizia la cui prima espressione furono il « *cartellino segnaletico* » colle indicazioni fra i contrassegni particolari, dei tatuaggi, delle cicatrici, delle anomalie e il « supplemento biologico biografico della Cartella biografica del pregiudicato », destinato a raccogliere i principali dati, psichici e biografici del delinquente. Tale supplemento, nel 1925 venne a far parte integrante della « Cartella biografica del pregiudicato » che mentre sino allora non era che un arido elenco dei pregiudizi unito all'incartamento del pregiudicato, assunse il vero carattere di documentazione antropopsicologica biografica individuale del pregiudicato, corrispondente così in pieno, anzi precorrendo il deciso indirizzo notoriamente orientato allo studio della pericolosità sociale dei delinquenti, che ha trovato ora la sua sanzione legislativa, nel nuovo codice penale di S. E. Rocco. Tale « Cartella Biografica » costituisce infatti il documento fondamentale per la lotta contro il delitto, e per l'applicazione delle nuove sanzioni penali, secondo il diritto penale ora vigente.

Il Presidente della Cassazione S. E. D'Amelio, in un lucido ed interessante articolo recentemente scritto sull'opera dell'Ottolenghi nel « Corriere della Sera », ha posto in evidenza la necessità che tale documento sia largamente utilizzato dalla Magistratura penale, specialmente per l'applicazione delle misure di sicurezza, che debbono essere basate sulla conoscenza della personalità individuale.

Ed io mi permetto di aggiungere che la « Cartella Biografica » deve essere largamente conosciuta dai medici perchè siano consapevoli di quella preziosa collaborazione che da loro si attende e non solo come periti ma anche come sanitari per l'applicazione delle leggi e precisamente per la documentazione delle più importanti notizie sulla personalità del pregiudicato.

L'Italia si è posta così all'avanguardia dell'orientamento biologico della Polizia, e l'iniziativa dell'Ottolenghi ha trovato applicazione anche nella maggior parte delle nazioni.

L'opera dell'Ottolenghi contenuta in questo secondo volume, comprende: 1) nella prima sezione, cinque parti speciali: « *Segnalamento psichico* » (identificazione psichica biografica; semeiotica generale; sviluppo delle facoltà psichiche; segni rivelatori di tali facoltà dedotti dal contegno, dalla fisionomia, dalla mimica, dalle diverse funzioni di moto e di senso, ecc.); 2) « *Segnalamento biografico* » (studio della vita e di tutte le manifestazioni del soggetto); 3) « *Individualizzazione psichica e studio della personalità congenita e acquisita* » (affettività, attività, attitudini, abitudini, passioni, ecc.); 4) « *Delinquenti in rapporto alla scienza, alle leggi penali, ed alle leggi di pubblica sicurezza* »; ed in 5°) delle applicazioni delle misure di polizia, specie illustrando il valore che deve attribuirsi alle informazioni, ed illustrando altresì i caratteri basali che deve avere il giudizio sulla pericolosità e sulla correggibilità.

Questa Sezione comprende preziosi capitoli di semeiotica, di antropologia e di psicologia applicata, utilissimi per la conoscenza della personalità agli scopi clinici (costituzione); agli scopi giudiziari (apprezzamento della pericolosità).

In una seconda sezione dell'opera sono ampiamente esposte le indagini tecniche di « polizia giudiziaria », l'oggetto di tali indagini, la tecnica criminale, facendo poi in uno speciale capitolo, tutti gli opportuni richiami medico-legali, su ciò che può essere oggetto d'indagini (cadavere di adulto, di feto, frammenti di cadavere, lesioni, macchie di sangue, di sperma, ecc.).

Il bel volume si completa con una parte metodologica generale e speciale, con un'ampia trattazione di rilievi tecnici che medici e funzionari debbono eseguire sul « sopraluogo » e fuori del « sopraluogo »; ed infine con una sintesi sulla diagnosi del reato e sulla ricerca del reo. Dalla lettura e dallo studio di questa opera, si trae il perfetto convincimento come, per questo indirizzo biologico della Polizia, il medico e la medicina vadano diventando elementi sempre più indispensabili, nella lotta moderna contro il delitto, e contro le diverse categorie di delinquenti.

È evidente da quanto esponemmo che la Polizia scientifica quale venne concepita e applicata dall'Ottolenghi ha acquistato un netto carattere medico-legale, e perciò apre un nuovo

campo di studi, di indagini, di applicazioni alla Medicina, che troverà, nei sempre più vasti orizzonti della medicina speciale preventiva (segnati dalla nuova legislazione penale fascista), un lungo cammino da percorrere, sul quale non solo i periti medico-legali ma ogni sanitario potrà svolgere sicura e proficua la sua benefica opera. Prof. A. Ascarelli.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

G. e F. Klemperer. *Neue deutsche Klinik. Handwörterbuch der praktischen Medizin.* Vol. VIII. Un vol. in-8° di 790 pag., con 173 fig. e 8 tav. colorate. Urban e Schwarzenberg, Berlin. Prezzo RM. 30 (rileg. RM. 36).

L'ottavo volume di questa enciclopedia delle scienze mediche (in cui come si è già detto nelle recensioni dei precedenti volumi la materia è disposta per ordine alfabetico), va da Neuralgie a Phlegmon.

Ad una buona monografia sulla neuralgia, mialgia e neurite, segue un complesso di studii sulla patologia renale medica (metodi di ricerca, diagnosi funzionale, descrizione delle singole malattie) e chirurgica, con aggiunti dei capitoli sulla tubercolosi renale, sui calcoli e sui tumori renali, un complesso di quasi 300 pagine.

Troviamo poi considerate: la costipazione (I. Boas), le malattie dell'orecchio, il trattamento operativo delle malattie polmonari (Brauer e Herms), le malattie dell'esofago. la osteomalacia, il patereccio, il pancreas, la paralisi agitante, le malattie da parassiti.

P. Unna vi tratta il pemfigo, Curschmann le malattie del pericardio; alla trattazione delle peritoniti, segue un vasto studio di M. Borchardt sulla peritiflite ed appendicite. Da ultimo un capitolo sulla peste ed uno sul flemmone. *fil.*

J. M. Bausà Arroyo. *Praticas de analisis clinicos en la medicina rural.* Un vol. in-8° di 157 pag. con fig. J. Morata ed. Madrid, 1932.

In questo libro destinato al pratico, l'A. espone i vari metodi per gli esami di laboratorio, in modo da metterli alla portata di chiunque sia essenzialmente armato di buona volontà. I primi tre capitoli sono dedicati alla parte generale: nozioni sull'installazione del laboratorio, sulla raccolta dei prodotti da analizzare, procedimenti generali per l'esame microscopico.

Tratta poi le analisi delle urine, del sangue, degli essudati, del liquor, ecc. Da ultimo un capitolo sui metodi di cultura, di esperienza sugli animali ed un altro sulle operazioni di matematica generalmente usate nei calcoli di dati scientifici.

La scelta dei metodi è buona e la descrizione molto chiara; nuoce un po' la trascrizione errata di alcuni nomi (Zhiel, Fharaeus, ecc.) ma nell'insieme il libro, essenzialmente pratico, si presenta come un buon consigliere a chi voglia, pur con mezzi modesti compiere i consueti esami di laboratorio a scopo clinico. *fil.*

F. R. B. Atkinson. *Acromegaly.* Editore John Bale, Londra. Prezzo 21 scellini.

In questo elegante volume l'acromegalia è trattata a fondo nei suoi aspetti etiologici, patogenetici, clinici, anatomo-patologici e terapeutici.

Il libro dell'Atkinson può considerarsi l'esposizione più completa delle attuali conoscenze sull'argomento. Dr.

M. Labbé. *Leçons cliniques sur le diabète.* Editore Masson, Parigi. Prezzo Frs. 40.

In questo volume sono raccolte le lezioni dettate dal Labbé sul diabete nel corso di due anni scolastici.

Ogni quistione riferentisi alla malattia è ampiamente trattata e quale si presenta alla luce delle più recenti nozioni.

È un libro di notevole interesse pratico. Dr.

P. Nobécourt. *Clinique médicale des enfants. Maladies infectieuses.* Masson, 1932. Fr. 55.

Il nono volume delle lezioni cliniche che il Nobécourt va pubblicando da qualche anno, tratta di alcune forme morbose infettive.

Troviamo perciò descritto il reumatismo articolare acuto, con le sue speciali localizzazioni, comprese quelle cervicali e cervico-sciatiche, e le manifestazioni pleuro-polmonari che possono complicarlo. Anche le cardiopatie connesse alla malattia sono studiate esaurientemente.

Altre lezioni riguardano le infezioni tifoidee e paratifoidee, con tutte le particolarità proprie dell'età infantile. Varie pagine, infine, sono dedicate alla scarlattina e ad alcune complicanze di questa, quali le artriti e le adeniti.

Concisione e chiarezza si trovano sommate in questo volume, come nei precedenti, sì che la sua lettura può ben essere consigliata tanto allo specialista che al medico pratico, i quali difficilmente potrebbero trovare in altri libri trattati così esaurientemente dei singoli capitoli della patologia infantile.

M. Faberi

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Atti del II Congresso nazionale di Nipiologia. Un vol. in-8° di 312 pagg.

Del secondo Congresso di Nipiologia, tenutosi in Bolzano nel 1930, folto di intervenuti e ricco di importanti relazioni, sono qui riuniti gli Atti, a cominciare dai discorsi e seguitando con le relazioni e le relative discussioni riassunte poi nei discorsi di chiusura.

Citiamo fra i temi trattati: *Le cure marine, termali e climatiche nell'età del lattante* (C. Cattaneo); *L'importanza demografica delle Cattedre ambulanti di assistenza materna e puericultura in rapporto al lattante* (G. D'Ormea); *I vomiti del lattante* (D. Pacchioni); *L'immunità del neonato e del lattante* (I. Nasso); *La psicologia del lattante* (E. Matteucci); *L'igiene mentale del lattante* (E. Colucci), ecc. Il prof. E. Cacace, che della Nipiologia è apostolo fervente e del Congresso è stato animatore, oltre a discorsi inaugurali e di chiusura, ha esposto lo statuto della Società italiana di Nipiologia.

I temi trattati, di argomenti scientifici, pratici e sociali, svolti da chi sulle relative questioni ha particolare competenza, saranno letti con interesse da quanti si occupano di tali questioni vitali per la razza.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Lancisiana di Roma.

Seduta ordinaria del 15 dicembre 1932.

Una nuova pinza chirurgica.

Dott. GENNARO MIRANDA. — L'O. descrive la pinza:

È una leva di 1° grado, cioè ha il fulcro tra la potenza e la resistenza; è lunga 16 centimetri, ed è modicamente curva per non ingombrare il campo operatorio.

Il fulcro è a 5 centimetri dalla resistenza.

I bracci di questa leva, dal fulcro alla potenza, sono lievemente curvi; il destro porta a mezzo centimetro dalla potenza, una cremagliera con 14 denti; il braccio sin. ha un solo dente. Il numero dei denti permette alla pinza un'apertura che si può fissare da mezzo centimetro fino a tre.

Questi bracci terminano nella potenza, la quale è formata da due anelli ovali come nelle comuni forbici.

I bracci, dal fulcro della resistenza, sono curvi nel senso laterale e terminano bruscamente ad angolo retto all'interno, nella resistenza.

La resistenza, veduta di fronte, quando la pinza è completamente chiusa, si presenta come un rettangolo vuoto formato da due metà, ciascuna delle quali è portata appunto da uno dei bracci.

La superficie interna di questa rettangolo, che deve essere a contatto coi gastrostati, è fatta a lima per evitare spostamenti.

Scopo della pinza e modo di usarla. — Questa pinza serve principalmente per i gastrostati di Lane nelle gastroenterostomie.

Si applica con la curva rivolta verso l'addome del paziente alle estremità dei due gastrostati, dopo che sono stati messi in posto; e serve sia a tenere chiuse le quattro estremità libere dei gastrostati, sia a contribuire a tenere fermi i gastrostati durante le manovre di sutura.

Si può usare la pinza per tenere ferme le due estremità del primo gastrostato, dopo di averlo applicato sullo stomaco.

Si può inoltre usare per gli enterostati nelle altre operazioni sugli intestini.

L'O. mostra ai convenuti la pinza.

Il Segretario: D'AVACK.

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta del 9 dicembre 1932.

Presidenza: Prof. GAIFAMI.

Prof. L. FERRANNINI. — *Commemorazioni dei proff. Augusto Murri e Tommaso Carpentieri.*

Prof. C. TRINCHERA. — *Ricerche sperimentali sulle modificazioni della cistifellea dopo legatura del cistico.*

Sulle adenomiositi tubercolari dell'utero.

Prof. M. CETRONI. — L'O. dopo una sintesi delle contrastanti ipotesi patogenetiche sulla formazione degli « adenomiomi », discute tre ipotesi diverse riguardo all'associazione della tubercolosi con l'endometriosi (di cui ha studiato quattro casi): *a*) l'associazione è casuale; *b*) l'impianto e la diffusione della tubercolosi sono facilitate dalla endometriosi; *c*) la tubercolosi stimola la mucosa all'invasione del miometrio.

Delle tre ipotesi nessuna può essere a priori scartata, però nei casi dell'O. l'anamnesi, il re-

perto operativo e quello anatomico portano a sostenere l'importanza fondamentale della tubercolosi nella genesi della endometriosi.

Dott. A. MILELLA. — *Equilibrio proteico del sangue e cloruro di sodio.*

I raggi mitogenetici del sangue nelle malattie infettive.

Dott. SALVATORE BONOMO. — L'O. ha trovato cifre sempre al disotto di quelle che vengono considerate come valori medi. Pensa che ciò sia dovuto a diminuzione dei processi ossidativi e fermentativi del sangue dipendente dall'azione debilitante del processo morboso e del necessariamente ridotto apporto alimentare.

Sulla pneumosclerosi dei solfatari.

Dott. A. FERRANNINI. — L'O. dopo aver dimostrato sperimentalmente che i granuli di zolfo non vengono mai fagocitati neppure nelle condizioni artificialmente più adatte; e che l'inalazione della polvere di zolfo determina una ipercalcemia ritenuta caratteristica delle pneumosclerosi, passa a descrivere la sintomatologia clinica riscontrata in 40 zolfatari ed il relativo reperto radiologico.

Anatomopatologicamente l'O. ha riscontrato nelle forme acute una polmonite desquamativa, nelle forme subacute una lieve reazione connettivale che era molto più evidente nelle forme croniche.

In base a queste ricerche l'O. ha concluso che il pulviscolo di zolfo è capace di determinare una pneumosclerosi e che negli zolfatari si trovano i segni clinici, radiologici ed anatomopatologici di essa.

Stasi urinaria e sviluppo ed evoluzione della tubercolosi del rene.

Prof. V. TRAVAGLINI. — L'O. dopo aver accennato come nella pratica clinica possa capitare che lesioni specifiche di organi e tessuti periureterali provochino occlusione dell'uretere e quindi idronefrosi del rene corrispondente, e come in soggetti affetti da tubercolosi polmonare possano insorgere fatti di stasi urinaria o addirittura idronefrosi, si chiede quali siano le possibilità di attecchimento del bacillo di Koch nel rene idronefrotico partendo dal focolaio primitivo e quale sia l'evoluzione del processo tubercolare in queste speciali condizioni. Ha ritenuto perciò non privo di interesse indagare sperimentalmente quale influenza eserciti la stasi urinaria sullo sviluppo ed evoluzione della tubercolosi nel rene. Ed a tali ricerche è stato allettato anche dalla discordanza di vedute esistente fra gli autori che dell'argomento si sono occupati.

Dagli esperimenti eseguiti con controlli batterioscopici e culturali, tubercolizzando l'animale prima e dopo l'istituzione della stasi urinaria, l'O. è giunto alla conclusione che pur non potendo negarsi che la stasi urinaria predisponga all'attecchimento ed allo sviluppo della tbc. nel rene, debba altresì ammettere che essa indirettamente concorra ai tentativi della cosidetta guarigione spontanea del processo tubercolare nel senso che la sclerosi connettivale propria dell'ultimo periodo della idronefrosi tende all'incapsulamento delle manifestazioni specifiche.

Il Segretario: D. GARGASOLE.

Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara.

Seduta del 3 dicembre 1932.

Presidente: R. TAMBRONI.

Considerazioni etiopatogenetiche sopra un caso di mielosi leucemica acuta.

LUNGHINI e ORTOLANI. — Gli OO., dopo avere illustrato sommariamente un caso di mielosi leucemica acuta, manifestatosi in una ragazza di 20 anni qualche giorno dopo la prima mestruazione, accennano, anzitutto, alle vecchie teorie sulla patogenesi delle leucemie, e si fermano poi a considerare più da vicino quelle che ancora oggi contendono il campo; la parassitaria comune e specifica, e la neuroendocrina.

Per il loro caso, data la presenza di un particolare carattere famigliare di disfunzione genitale, che in modo vario colpisce pure tre sorelle, sono portati ad ammettere che alterazioni dell'equilibrio ormonico abbiano agito quale fattore disergico scatenante, in soggetto costituzionalmente predisposto.

Discussione: RIETTI, ORTOLANI.

Di alcuni elementi morfologici particolari del midollo osseo in un caso di mielosi leucemica acuta.

ORTOLANI e LUNGHINI. — Gli OO., durante gli esami di numerosi preparati, a striscio, del midollo osseo del caso di mielosi leucemica acuta, comunicato antecedentemente, hanno notato, oltre ad un'intensa metaplasia istioide, anche la presenza di alcuni speciali elementi, della grandezza di un monocita, con protoplasma, il quale prende con il Giemsa una tinta non uniforme, e presenta numerosissime granulazioni di forma, grandezza e colori vari, e con un nucleo unico, per lo più eccentrico, a biscotto, a trama cromatinica poco evidente, che assume una tinta rosso-violetta, scura, uniforme.

Gli OO. ritengono di poter considerare tali elementi, che illustrano con preparati e con tavole a colori, come forme particolarmente atipiche di megaloblasti.

Discussione: BUCCIARDI, ORTOLANI.

Un caso di rottura sotto cutanea dell'intestino da trauma.

NOBILI. — L'O. presenta un caso clinico di un uomo che, maneggiando un forcale, ricevette un colpo violento dal manico di questo. Nessunissima lesione cutanea; sintomi lievi di lesione intraaddominale.

Intervento a circa otto ore dal trauma.

Reperto: un'ansa del tenue presenta una vasta emorragia sottosierosa e, nel mezzo di questa, una ferita del tenue, da cui fuoriesce il contenuto intestinale. Sutura, toilette, drenaggio, guarigione.

L'O. raffrontando il caso con altro, presentato, di ferita da scoppio della vescica, discute se, nel caso sopracitato, si sia trattato di ferita da scoppio propriamente detta o da contusione fra corpo contundente e colonna vertebrale.

L'unicità della lesione, il fatto che la lesione si trovava nella parte opposta all'inserzione mesenterica e il mesentere perfettamente indenne, fanno ritenere all'O. che si sia trattato di una vera ferita da scoppio dell'intestino.

La vaccino-profilassi proteinica aspecifica della febbre puerperale.

BONOLI. — L'O. comunica di aver vaccinato, nello spazio di tre anni, con latte comune bollito, 1081 puerpere, nel territorio del Comune di Comacchio, e che un solo caso (0,92 %) di complicanza settica puerperale, per altro ad esito fausto, ebbe a registrare. Il risultato, già ottimo anche in confronto alle migliori statistiche ospitaliere, appare ancora più sorprendente, se si pensa che quasi tutte le 1081 puerpere furono sovvenute a domicilio, ed in genere in ambienti trovatisi in ben cattive condizioni igieniche.

Discuss.: CASATI, EMANUELE, CHIAPPINI EDMONDO.

Sulle proprietà della stomosina: a proposito di due casi di shock da iniezione endovenosa.

BONOLI. — In questa comunicazione l'O. descrive due casi di shock da iniezione endovenosa di stomosina, e, illustrati i caratteri loro ne desume che la stomosina ha proprietà anafilattogene, non ostante che essa sia « dializzabile e abiuretica ».

L'argento colloidale elettrico nelle laparotomie.

BONOLI. — A proposito dell'azione peristaltogena dell'argento colloidale elettrico, introdotto nel cavo peritoneale, azione attribuita all'argento dal Solieri, che, per primo, usò questo medicamento nelle laparotomie, l'O. riferisce di averla ricercata e realmente constatata in 17 suoi laparatomizzati, appositamente scelti per la prova.

Illustra i vantaggi del metodo e ne consiglia l'applicazione.

Discussione: CHIAPPINI, NOBILI.

Il Segretario: E. CHIAPPINI.

Società Medico-Chirurgica Veronese.

Seduta del 2 novembre 1932.

Presidente: Dott. DELAINI.

Prof. A. ROSSI. — *Indirizzi del pensiero medico contemporaneo.*

Sul valore della reazione di Wassermann per la diagnosi di sifilide ereditaria.

Prof. M. ARTOM. — Premesse alcune considerazioni intorno ai concetti attuali relativi alla reazione Wassermann, alla sua specificità ed alla sua intima essenza, l'O. presenta un caso di sifilide da baliatico nel quale la causa dell'infezione era da considerare un neonato apparentemente sano e con R. W. negativa, figlia di genitori sicuramente luetici. L'O. trae dal caso presentato considerazioni intorno al valore diagnostico della R. W. nel neonato, intorno all'esistenza di un periodo presierologico o anergico della sifilide congenita ed intorno all'importanza sia clinica, sia medico-legale di tale questione.

Discussione: prof. VIANA.

Contributo allo studio clinico-terapeutico del reticuloma tonsillare.

Prof. G. ZANNI. L'O. descrive un caso di reticuloma della tonsilla sinistra in una donna di 48 anni. Il tumore, che si era manifestato in seguito ad un ascesso peritonsillare, era della grossezza di un mandarino e di consistenza assai dura. Si ebbero metastasi glandolari cospicue ai lati del collo, in corrispondenza dell'angolo della mandibola tanto a sinistra che a destra. La cura con il radium ha dato risultati più pronti e duraturi della röntgenterapia.

Richiama la necessità di una diagnosi pronta e di una cura energica e tempestiva in questi casi, i quali, lasciati a sè o non adeguatamente trattati, hanno una evoluzione rapida e sicura mortale.

Bradicardia da blocco eredo-famigliare con sindrome di Morgagni-Adams-Stokes.

Dott. P. BIASI. — La casistica che l'O. riferisce desta interesse per il fatto che la malattia presenta carattere eredofamigliare non congenito.

Infatti la madre dell'ammalata in esame è affetta da vizio mitralico e da sindrome di Morgagni-Adams-Stokes. Tale sindrome presenta pure la figlia la quale prima della malattia attuale non ha mai avuto manifestazioni a carico del cuore. L'O. pensa si tratti di un processo di miocardite, sia pure circoscritto sviluppatosi in un terreno costituzionalmente predisposto.

Sui risultati a distanza del trattamento incruento della lussazione congenita dell'anca.

Dott. O. PELLEGRINI. — L'O. presenta documenti radiografici di una revisione degli ammalati di lussazione congenita dell'anca trattati incruentemente nel reperto ortopedico dell'Ospedale Alessandri nel quadriennio 1927-30. Esamina coi criteri terapeutici più recenti tali risultati e, conclude che per sperare in una terapia destinata a dare risultati sempre migliori, è necessaria fare la diagnosi precocissimamente e iniziare senz'altro la cura ricorrendo magari in certi casi ai metodi così detti di Lange e di Putti piuttosto che a quello di Paci-Lorenz.

Dott. S. FIOCCO. — *Considerazioni su di un caso di sifiloderma zosteriforme.* M. ARTOM.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Diagnosi precoce di poliomielite.

I benefici che possono derivare da una precoce diagnosi di poliomielite (isolamento e pronta applicazione dei mezzi di cura) e d'altra parte la constatazione che troppo spesso (50,4 per cento dei casi denunciati) il medico viene dal criterio epidemiologico e da quello stagionale indotto a diagnosi di P. che non ricevono ulteriore conferma, inducono J. E. Gordon (*Journ. Am. Med. Ass.*, 13 sett. 1932) ad insistere sulle osservazioni cliniche che a tale diagnosi possono contribuire.

Nel periodo iniziale di reazione sistemica generale, la mancanza di sintomi caratteristici e talvolta la presenza soltanto di disturbi lievissimi rendono molte volte la diagnosi impossibile. La puntura lombare si è dimostrata in questa prima fase di nessuna utilità.

Quando l'infezione entrata nella sua seconda fase giunge a produrre i sintomi di irritazione meningea, la puntura lombare permette una sicura diagnosi. Essa sarà eseguita quando si potrà osservare anche uno solo dei tre sintomi: rigidità della nuca, rigidità della colonna vertebrale, tremore atassico.

L'A. ricorda la possibilità che la puntura lombare determini l'impegno del sistema nervoso permettendo al virus di penetrare più facilmente attraverso i plessi coroidei.

Diagnosi differenziale.

L'A. enumera alcuni sintomi che sono se non incompatibili colla diagnosi di P., almeno molto raramente riscontrabili in essa: edema della parte presa, adenite cervicale bene evidente (tonsillite o anche scarlattina), stato comatoso, paralisi presentata qualche settimana dopo l'inizio della malattia. Se la febbre è alta si tratterà più probabilmente di otite media suppurativa, pielite, tifo o polmonite, specie se alla febbre alta si aggiunge meningite. La difesa addominale non generalizzata ma circoscritta al quadrante inferiore destro deve suggerire la possibilità di una appendicite acuta.

Esame del liquido c. s.

La pressione è in genere aumentata (150-200 mm. al manometro di Ayer). L'aspetto chiaro o lievemente opalescente del liquido permette di eliminare solo la meningite purulenta, ma non encefalite, la meningite tbc. e la lue c. s.

Di grande aiuto diagnostico sono i dati della conta delle cellule: cifre superiori a 10 per mmc. sono già molto significative se appoggiate ad osservazioni cliniche. La formula cocitaria darà una predominanza di linfociti (solo in un primissimo tempo vi è predominanza di neutrofili). La stessa predominanza di linfociti si trova però anche nella meningite tbc.

Le siero-globuline (metodo di Ross-Jones, reazione di contatto con solfato di ammonio saturo) sono per lo più aumentate. La reazione di Wassermann, la reazione dell'oro colloidale di Lange, ecc., possono essere utili in caso di sospetto di sifilide c. s.

Il contenuto degli zuccheri è di regola normale, mentre è aumentato nell'encefalite e diminuito nella meningite tbc.

E. CARLINFANTI.

Due casi di cosidetta febbre esantemica mediterranea. (Ixodiosi esantemica estiva).

L. Erede (*La Liguria Medica*, agosto 1932), a proposito di due casi di febbre esantematica mediterranea da lui osservati, ricorda come oggigiorno si tenda a differenziare due gruppi di febbri esantematiche, un primo gruppo, comprendente il tipo petecchiale e la sua forma benigna o morbo di Brill, nel quale la trasmissione è dovuta al pidocchio, un secondo gruppo, comprendente la febbre esantematica mediterranea, la febbre del Texas, la febbre fluviale del Giappone e la febbre delle montagne rocciose, nel quale la trasmissione è dovuta alle zecche. L'argomento principale, a sostegno dell'ipotesi della trasmissione per opera delle zecche, è dato dalla « macchia nera » che si trova costantemente sulla cute degli ammalati, essendo noto che la puntura della zecca nell'uomo determina spesso lo sviluppo di una pustola gangrenosa. Si è pure osservato che il carattere estivale della febbre esantematica mediterranea potrebbe essere in rapporto con una maggiore attività delle zecche nei mesi estivi. A tal proposito l'A. ha trovato che le zecche, uscite in primavera dallo stato larvale, vivono sulle piante fino ai primi calori: allora le femmine, che sole acquistano il carattere ematofago, si attaccano a cani, ovini, bovini ed altri animali e più raramente all'uomo stesso. In ottobre è difficilissimo trovare un Ixodes femmina. Il carattere estivale della malattia coincide dunque perfettamente col ciclo ematofago della zecca, ciò che costituisce, insieme all'escara da inoculazione, un argomento validissimo per riconoscere nell'Ixodes il vettore dell'infezione.

Perciò, dato che la malattia, se ha già avuto parecchi nomi, non ne possiede uno che la caratterizzi in modo abbastanza preciso, l'A. propone di chiamarla: *Ixodiosi esantematica estiva*, denominazione che ne comprende i tre lati più caratteristici: quello del vettore, l'Ixodes, quello della forma clinica più appariscente, l'esantema e quello anche molto preciso del carattere stagionale.

C. TOSCANO.

Un caso molto raro di paralisi a tipo radicolare da puntura di zecca.

A. Pacifici (*Riv. di Pat. nervosa e mentale*, maggio-giugno 1932) riporta il caso di un contadino sardo che, punto da una zecca che rimase fissata per circa 24 ore alla regione ascellare destra, presentò immediatamente dopo la puntura fatti paretici all'arto superiore destro e netti disturbi sensitivi. I fenomeni nervosi, raggiunto il loro acme in breve tempo, regredirono nello spazio di pochi giorni per scomparire definitivamente.

La paresi e con maggior evidenza i disturbi della sensibilità subiettiva e obiettiva, presentarono una caratteristica distribuzione a tipo radicolare a carico prevalentemente di C8. D1, con compromissione anche di C7; si ebbe cioè un quadro di paralisi radicolare inferiore destra del plesso brachiale, incompleta, data l'assenza di sintomi paralitici oculo-pupillare, di natura simpatica.

Il decorso della forma, la topografia dei disturbi e l'evidente loro nesso cronologico con la puntura della zecca offrono validi elementi per risalire con fondatezza alla detta puntura come causa determinante ed efficiente della lesione, dato anche che i dati biologici e clinici permettevano di escludere la lues e la malaria e la radiografia escludeva ogni lesione a carico dei corpi vertebrali e delle articolazioni, come anche qualsiasi vizio di differenziazione regionale.

Quanto al modo con cui possa avere agito la puntura della zecca, è probabile che alcuni acari, oltre ad altri principi tossici, possano secernere ed inoculare delle vere e proprie neurotossine, analoghe a quelle che sono state accertate per il veleno di alcune specie di scorpioni e di aracnoidi, neurotossine che, in date circostanze di tempo, di luogo e a seconda del punto di inoculazione e a causa di particolari fattori individuali possono dar luogo a lesioni nervose obiettivabili. C. TOSCANO.

La glicosuria nella spirochetosi ittero-emorragica.

La glicosuria è abbastanza frequente nella spirochetosi ittero-emorragica; è stata raramente rilevata perchè è generalmente di lieve entità ed è transitoria. M. Kitaoka (*Japanese journ. med. sciences*, vol. II, n. 3, agosto 1932) l'ha osservata 11 volte su 16 casi.

Tale glicosuria si manifesta generalmente alla terza-quarta settimana di malattia, più raramente prima o dopo. Nei casi dell'A. variava dal 2 al 15 per 1000.

Il disturbo di assimilazione dello zucchero, connesso con l'aumento della glicemia, che si ha transitoriamente in tale malattia, non sta in diretto rapporto con la glicosuria; quando però questa si presenta, si ha un indubbio abbassamento della soglia di eliminazione dello zucchero. Ne segue che il momento essenziale per la produzione della glicosuria è da ricercarsi non già in un disturbo di assimilazione, ma nell'abbassamento del valore della soglia.

Tale abbassamento può essere influenzato, come è noto, sia dalla varia funzionalità del sistema nervoso vegetativo, sia da modificazioni istopatologiche dei reni. Il primo avrebbe maggiore importanza nel caso che ci occupa, in quanto che il tono del simpatico, dopo un primo stadio di simpaticotonia, subisce un abbassamento transitorio. *fil.*

Febbre ondulante. Un'epidemia sub-clinica d'infezione con brucella.

(PARKER DOOLLY. *Arch. of Int. Medic.*, settembre 1932).

In un convitto maschile rurale del Connecticut si usa latte crudo di vacca, prodotto da una vaccheria dipendente dal convitto. Nel 1925 ci fu un'epidemia di aborto delle vacche, senza che nessuno dei convittori si ammalasse.

In ogni malato ricoverato all'infermeria per febbre di qualsiasi natura fu fatta la sierodiagnosi per la Brucella. Ci furono due soli casi di febbre ondulante tipica con reperto di germi nel sangue e nelle feci. Altri 5 ebbero infezioni del tratto respiratorio alto con febbre a lunghi intervalli irregolari e presentarono sieroagglutinazione ad alto titolo, sebbene clinicamente nulla ci fosse in favore di una diagnosi di febbre ondulante.

Su 263 persone, che avevano preso latte crudo di vacca malata, ci furono 41 con sieroagglutinazione positiva a diluizione di 1:3200 più. Certamente, esclusi i pochi casi suindicati, le persone che presentavano sieroagglutinazione positiva non avevano mai avuto manifestazioni morbose. R. LUSENA.

Un nuovo trattamento della febbre ondulante con i derivati della melitina e della abortina: le formomelitine e le formoabortine.

L'azione irregolare ed incostante dei numerosi prodotti terapeutici usati nella cura della febbre ondulante, fa sì che sempre di nuovi ne vengono offerti al pubblico medico.

J. Montel (*Marseille Médicale*, 28 aprile 1932) fa conoscere dopo tre anni di esperimenti un prodotto fabbricato partendo dal melitococco e finora mai usato. Si tratta di una specie di anatossina (anamelitina o anabortina) la cui preparazione si informa a due idee: quella di Burnet che ha consigliato la melitina per trattare la febbre mediterranea, e quella di Ramon che trasforma le tossine attive in anatossine inoffensive.

Questi nuovi prodotti vengono ottenuti con la doppia azione del calore e del formolo, e sono stati chiamati: formomelitina o formoabortina.

Essi godono di proprietà particolari sperimentali e terapeutiche.

Se si pratica una intradermoreazione con della melitina si ottiene in un malato infetto una tumefazione rossa e dolorosa che infiltra i tegumenti e scompare molto lentamente.

Se invece si adopera la formomelitina, si produce un piccolo punto rosso appena ipertrofico, appena visibile, appena sensibile. Dunque il nuovo prodotto ha perduto la maggior parte del suo potere nocivo per il malato pur avendo conservato il suo potere immunigeno. Anzi lo si può utilizzare a dosi molto più elevate: 2, 3, 4 cc. del prodotto sono benissimo sopportati e se ne può iniettare anche 5 cc. senza inconvenienti.

L'A. ha curato nove malati con la formomelitina: sette di essi con risultato ottimo, due con scarso o nullo.

Senza presumere di aver trovato un metodo infallibile per guarire la febbre di Malta, l'A. è convinto di avere proposto un rimedio certo superiore a tutti gli altri finora adottati; rimedio che, data anche la sua innocuità, merita una larga sperimentazione. VICENTINI.

L'utilizzazione del violetto di genziana nelle infezioni sanguigne.

Il violetto di genziana, introdotto nella terapia da Smith e Casparis nel 1923, ha una azione « batteriostatica » o inibitrice, specialmente sui microbi che prendono il Gram.

È poco tossico per i tessuti e facilmente eliminato dagli elementi cellulari.

Nell'uomo si somministra per via endovenosa, in ragione di mmgr. 5-7 per Kg. di peso, in soluzione al 0.5 %.

Il solvente più adatto è l'acqua con bicarbonato sodico al 3 % o acqua distillata con fosfato mono o dipotassico.

Da prima il violetto di genziana fu adoperato nella cura di certe setticemie, ed in casi di endocardite, ma in seguito il suo uso fu esteso con successo, dagli Americani, alla terapia delle flebiti, encefaliti e della anemia perniciosa.

Il violetto di genziana agisce producendo in vivo la stessa azione inibitrice che *in vitro* facilitando così il ruolo delle difese proprie dell'organismo. Inoltre riduce le tossine e mette in libertà fermenti leucocitari. Le albumine del siero e gli elementi figurati del sangue, infine fissano una certa quantità di colorante che viene posto poi in libertà a poco a poco ed agisce sui microbi durante un tempo prolungato.

Dal 1926 G. Carrière e Martin (*Bull. de l'Académie de Méd.*, 7 giugno 1932), hanno usato il violetto di genziana in diverse affezioni sanguigne con risultati molto interessanti: in 5 casi di setticemia rispettivamente causate: da infezione puerperale, streptococco emolitico, pneumococco, streptococco dell'erisipela, enterococco; la cura è stata seguita da guarigione definitiva, rapida e completa.

In tre casi di malattia di Osler, l'uso del medicamento non influenzò nè l'evoluzione, nè la temperatura.

Infine in quattro casi di endocardite subacuta, fu osservata quella azione batteriostatica, segnalata dagli Americani, azione passeggera con caduta della temperatura temporanea, la quale si manifestava ad ogni ripresa della somministrazione del medicamento.

Gli AA. concludendo richiamano l'attenzione sul violetto di genziana e ne consigliano l'uso in tutti i casi gravi, ribelli alle altre cure. VICENTINI.

SEMEIOTICA.

Riflesso auricolo-uterino.

D. I. Vasiliu (*Spitalul*, ottobre 1932) racconta di aver visitato una donna di 32 anni, la quale presentava una emorragia dall'orecchio sinistro. Domandatole se avesse le mestruazioni normali, la paziente riferì che durante la notte essa aveva molto sofferto a causa di forti dolori all'orecchio e alla regione lombare: verso le 4 del mattino si era presentata l'emorragia dall'orecchio e mezz'ora più tardi la mestruazione. All'esame dell'orecchio l'A. constatò una erosione ancora sanguinante a sede nella metà inferiore del timpano e continuantesi sulla parete inferiore del condotto uditivo esterno. Nel ripulire la lesione con un fine tampone d'ovatta l'emorragia divenne più abbondante e nello stesso tempo la malata dichiarò che nello stesso momento in cui il tampone toccava la lesione essa aveva la sensazione del flusso mestruale: e ciò si ripetè per 5-6 volte.

Si trattava dunque di contrazioni uterine provocate da un un riflesso avente come punto di partenza la lesione dell'orecchio prodotta da una mestruazione auricolare compensatrice (vicariante).

A questo riflesso, non ancora descritto nella letteratura, l'A. dà il nome di *riflesso auricolo-uterino.* G. LA CAVA.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Rachitismo da magnesio.

L'aggiunta di carbonato di magnesio ad una dieta non rachitogena provoca secondo le esperienze di G. Meyer (*Klinische Woch.*, numero 43, 22 ottobre 1932) la comparsa nei ratti e nei conigli di manifestazioni rachitiche ipofosfatiche alla stessa guisa di un eccesso di carbonato di calcio. Tale rachitismo da magnesio dei ratti somiglia istologicamente ed emochimicamente a quello infantile, ed è guaribile con gli stessi mezzi.

Considerando le cause del rachitismo, bisogna dunque tener presente anche il rapporto della somma calcio-magnesio al fosforo.

M. FABERI.

Sull'azione del freddo sui tessuti profondi. Congelazione delle paratiroidi.

L'importanza delle paratiroidi per il ricambio del calcio è ormai dimostrata da numerose ricerche sperimentali ed osservazioni cliniche per cui schematicamente si può dire che la paratiroidectomia determina ipocalcemia per diminuita assimilazione ed aumentata eliminazione (tetania paratireopriva) mentre la somministrazione di estratto attivo di paratiroide o adenomi di tali ghiandole determinano ipercalcemia con decalcificazione (malattia di Recklinghausen). Nel morbo di Recklinghausen si può ottenere una diminuzione dell'ipercalcemia oltre che con la asportazione di eventuali adenomi delle paratiroidi anche con la legatura della tiroidea inferiore.

Recentemente è stata ottenuta sperimentalmente sul cane la stessa diminuzione della calcemia da Cengiarotti e Gasparini (*Rif. Medica*, 1 ottobre 1932) mediante congelazione degli organi in parola con cloruro d'etile.

La diminuzione della calcemia è stata della durata per lo meno di 61 giorni e deve essere ricercata nel fatto che in seguito alla congelazione gli elementi cellulari delle paratiroidi cadono in necrosi e scompaiono per essere sostituiti da tessuto connettivo. LIVERANI.

IGIENE.

La campagna antimalarica nell'Agro Romano durante il 1931.

G. Pecori e G. Escalar (*Riv. di Malariologia*, sett.-ott. 1932) in un'accurata relazione accompagnata da grafici e fotografie dimostrative, descrivono i metodi di lotta e riferiscono i risultati ottenuti in questa campagna antimalarica, che è stata attuata seguendo le consuete direttive, con sagacia e passione.

Il perno della lotta è dato dalle Stazioni sanitarie (condotte mediche), a cui fa capo il personale ausiliario (profilassatori e profilassatrici, segnalatori, disinfestori), oltre al personale volontario. Tale organizzazione funziona per tutto l'anno anche nel periodo interepidemico.

Nei Laboratori centrali e nei 17 centri diagnostici-ematologici rurali, vennero eseguiti circa 40.000 esami di sangue.

Metodi di lotta. 1) Cura dei malarici, non sempre agevole specialmente nel riguardo della popolazione nomade. 2) Profilassi chininica che venne fatta regolarmente in 1476 individui (morbosità per malattia di 1,1 %, in confronto della morbosità di 3,7 % fra i 19.679 non profilassati).

3) Piccola bonifica e lotta antilarvale eseguite attivamente dall'aprile al novembre; la disinfestione fu fatta con verde di Parigi e con carburol; notevole fu il numero delle Gambusie immesse in raccolte di acqua, interessante lo esperimento sull'allevamento delle trote, che mantengono privi di larve i laghetti in cui sono immesse. 4) La cattura degli anofeli diede un numero minore che nel 1930, col massimo in settembre, a cui non corrispose un aumento consecutivo proporzionale di malarici il che dimostra che il numero degli anofeli non è l'unico esponente dell'endemia; viene giustamente data notevole importanza alla cattura nelle abitazioni, come metodo di profilassi. Lo indice sporozoitico si aggirò sul 0,5 %.

5) Zooprofilassi, per cui sono stati costruiti venti porcili circondanti la borgata di Ardea. 6) Protezione meccanica, che venne accuratamente sorvegliata, distribuendo altresì mille veli per la protezione dei piccoli bambini, che vengono molto apprezzati dalle popolazioni.

7) L'educazione antimalarica risulta di grande efficacia e costituisce la migliore promessa per l'avvenire. I Balilla rurali, istruiti nelle Scuole dai maestri che si dedicano con devozione a tale insegnamento, attuarono con impegno le norme per la difesa dalla malaria intorno alle scuole ed alle loro case. È un complesso di 5627 Balilla antimalarici, che portano un efficace contributo nel costante miglioramento rispetto alla malaria. La loro preparazione in materia viene anche dimostrata dal buon esito delle gare di igiene che si sono svolte anche quest'anno fra gli alunni della III, IV e V classe elementare sul tema della malaria; ad esse vennero presentati 859 lavori accompagnati da disegni e vi ottennero una votazione superiore agli 8/10, 150 alunni.

I *risultati* ottenuti sono veramente confortanti. Da una morbosità per malaria di 8,9 % nel 1924, si è discesi a 3,2 % nel 1931 e ciò malgrado il notevole aumento della popolazione nell'Agro, che ora raggiunge 80.000 unità.

I morti si sono ridotti a 4 in tutto (nel 1924, con una popolazione minore, erano stati 56). Gradatamente, poi regredisce la terzana maligna, che sta ora nel rapporto di 3 ad 1 in confronto della benigna, indice questo che dimostra l'attenuazione della malaria, che cede all'opera bonificatrice dell'agricoltore. Complessivamente, i malarici (primitivi e recidivi) furono 3415, con 894 di terzana maligna, 2491 di benigna e 30 di quartana; si ebbero 201 forme miste, di cui 3 contemporanee.

Interessante è il seguire la malaricità nella popolazione nomade, che raggiunse i 35.553, con una percentuale di malarici di 3,3 %, di ben poco superiore a quella della popolazione permanente (3,14).

Molto utile è il collegamento dell'assistenza antimalarica, che segue i nomadi nei loro paesi di origine per un'opportuna assistenza.

La malaricità non è evidentemente uguale in tutte le stazioni sanitarie, essendovene ancora talune che danno percentuali rilevanti, fino al 13,57 %, ma sempre in proporzione inferiore a quella dell'anno precedente e con prevalenza della forma benigna.

I bambini malarici sotto i 10 anni furono 756 (nel 1930, 799). Provvedono per essi le scuole estive, il Sanatorio governatoriale e l'Asilo antimalarico. L'indice parassitario negli alunni delle scuole rurali fu di 1,03 % (nel 1930, 2,1 %); quello splenico di 6,8 % (nel 1930, 7,6 %).

Dai dati forniti nella pubblicazione ed in parte qui riportati e specialmente nel confronto con gli anni precedenti, si può concludere per *l'indubbia e progressiva attenuazione dell'endemia nell'Agro*, un dì deserto ed incolto, oggi ormai ricco di uomini e di messi. La terra che si bonifica, con il suo retto governo idraulico-agrario, che si viene popolando di centri abitati costituiti da costruzioni regolari e razionalmente igieniche, fuga la malaria. Un altro importante coefficiente nei buoni risultati ottenuti è dato dal complesso delle misure assistenziali adottate per i nomadi ed un altro pure importantissimo e che darà sempre migliori frutti è l'educazione antimalarica dei giovani. L'opera dell'Ufficio d'Igiene di Roma, coadiuvata da altre Istituzioni è un eccellente esempio da seguire per la fattiva tenacia con cui è svolta e per la larga visione dei problemi di questa lotta che allontanerà dalle nostre terre il secolare flagello, ridonandole al fecondo lavoro dell'uomo. *fil.*

La malaria, malattia della casa.

D. Falcioni (*L'Assistenza sociale agricola*, ott. 1932) osserva che l'argomento della lotta contro la malaria è diventato oggi, con l'esecuzione della bonifica integrale, argomento di viva attualità. Lotta difficile e lunga perchè l'anofelismo, malgrado le bonifiche, può ancora sussistere e continuare l'epidemia se, specialmente durante l'esecuzione dei lavori, non si mettono in opera altri mezzi di lotta.

Malagevole si presenta una profilassi chininica molto diffusa; indubbiamente utile ma non sempre completa la cura dei malarici; doverosa ed efficace la lotta antilarvale, ma anch'essa talora malagevole ed esigente un numeroso personale per la sua esecuzione; di effetto lento la zooprofilassi.

È soprattutto la profilassi meccanica che può efficacemente integrare la lotta. Purtroppo, essa ha sempre risentito della condanna ricevuta fin dagli inizi della scoperta dell'agente trasmettitore quando, non essendosi fissata l'attenzione sull'importanza della casa nella diffusione della malaria, troppo presto, alle prime inevitabili difficoltà, è stata trascurata e giudicata inutile impresa.

Lo studio dei costumi delle anofele ha fatto rilevare che esse tendono a non allontanarsi dai luoghi dove nascono, hanno abitudini domestiche e ritornano sempre nei medesimi posti dopo essersene allontanate per la deposizione delle uova. La malaria non va quindi considerata come una malattia che si diffonde a caso, ma come corrispondente a tanti focolai fissi, rappresentati dalle abitazioni, in cui per la presenza dei malarici le anofele si sono potute infettare, tesi che l'A. da tempo sostiene.

Combattere la malaria negli stessi suoi focolai non può quindi che essere di grande utilità: col rimettere in onore la profilassi meccanica che sul principio ha dato sì brillanti risultati, si arriverà più agevolmente e rapidamente allo scopo. È però necessaria in questo campo la collaborazione individuale, se si vuole che il metodo dia tutto il suo rendimento. Si dia pertanto la più larga diffusione a questo concetto che la malaria è malattia della casa, che la protezione meccanica, bene attuata, è di incontestabile efficacia e si darà così l'ultimo colpo al perpetuarsi della malaria. In tal modo, si porterà un valido contributo all'opera meravigliosa delle bonifiche, raggiungendo in pieno lo scopo prefisso della redenzione delle nostre terre dalla malaria. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

La vaccinazione Ferrán. — All'abb. N. 4021:

I concetti fondamentali della vaccinazione di Ferrán sono i seguenti. Questo scienziato, nato a Corbera del Ebro nel 1852 e morto a Barcellona il 22 novembre 1929, ha osservato che il bacillo di Koch, coltivato a lungo in brodo può dar luogo alla formazione di due nuove varietà: l'una ancora acido-resistente che intorbida il brodo quando lo si agita, l'altra non acido-resistente, che provoca senz'altro intorbidamento del brodo. A sua volta, il bacillo di Koch deriverebbe da altre varietà o razze di batteri non acido-resistenti, appartenenti al gruppo delle setticemie emorragiche a cui appartengono anche i germi del gruppo tifo-coli.

Tutte queste razze o varietà sono state indicate da Ferrán con lettere dell'alfabeto greco:

alfa) Bacilli non acido-resistenti, saprofiti.

beta) Idem, già adattati alla vita parassita; si formano in vivo per mutazione dei bacilli *alfa* e sono identificabili con le forme bacillari di Much.

gamma) Bacilli di Koch, virulenti.

delta) Bacilli acido-resistenti, poco virulenti, derivanti per mutazione regressiva dal bacillo di Koch, coltivati in vitro.

epsilon) Bacilli non acido-resistenti, analoghi a quelli *alfa*.

Tali mutazioni sarebbero reversibili, nel senso che come dagli *alfa* e dai *beta* si arriva ai *gamma* e da questi ai *delta* ed *epsilon*, da questi si può ritornare ai *gamma*.

La formazione del tubercolo è dovuta alle tossine dei lipoidi del bacillo tubercolare, le

quali non producono antigene; non è quindi possibile guarire le alterazioni prodotte da tali tossine; a loro volta, le antitossine, che si hanno per introduzione delle tossine albuminoidi possono guarire le produzioni infiammatorie della tubercolosi, ma non i tubercoli.

Ora la tubercolosi può essere evitata, guarendo i numerosi stati morbosi che ne sono i precursori e che sono dati dalle tossine dei batteri *alfa* — angiofile — le quali agiscono essenzialmente sulle fibre muscolari liscie, abbassandone il tono.

Il vaccino anti-*alfa*, preparato da una cultura in brodo dei bacilli *alfa* e che contiene anche dei germi vivi, sporigeni, viene iniettato per la profilassi contro la tubercolosi e per la cura delle più disparate malattie: stati vesanici, dismenorree, nevralgie, dermatosi, epistassi, emottisi (*sic!*), *naevi*, affezioni cardiache, asma, geloni.....

Esso manifesta azione favorevole sulla tubercolosi sub-febbrile poco evolutiva e nettamente buona in quella larvata non evolutiva. È stato usato come profilattico nei figli di tubercolotici in cui, secondo Calmette, si ha normalmente una mortalità del 23 % mentre con l'uso del detto vaccino anti-*alfa*, è stata del 1,4 % (1,72 % di morti per tubercolosi).

I risultati favorevoli ottenuti da Ferrán col vaccino nelle più disparate malattie lo hanno indotto a fare una sintesi etiologica, ammettendo un'eziologia comune di molte malattie.

Non è agevole farsi un'idea esatta sul reale valore di tali teorie ed osservazioni. È giusto riconoscere al Ferrán il merito di avere per il primo osservata la variabilità ed il polimorfismo del bacillo di Koch, fin dal 1897, da quando cioè dominava assoluta la dottrina della fissità delle specie batteriche e di avere fin d'allora affermato la possibilità di mutazioni batteriche brusche. Le informazioni ed i resoconti sulla questione sono quasi unicamente di lingua spagnuola ed il metodo non ha avuto finora diffusione altrove. Nuoce certamente ad esso il fatto che ne venga affermata l'utilità in malattie tanto diverse, come appare esagerata — o per lo meno insufficientemente fondata — l'illazione di una eziologia comune di tali malattie, basandosi sul solo criterio terapeutico. Nella Spagna, la vivace *Revista de Higiene y Tuberculosis* fondata e diretta da J. Chabas, ha portato molti contributi favorevoli in argomento, pubblicando anche dei numeri monografici, dedicati a Ferrán.

A. FILIPPINI.

All'abb. n. 4124:

Per quanto l'interessa, può consultare i libri seguenti:

G. Bizzarrini: *Elementi d'Igiene e Soccorsi d'urgenza.* 154 pag., 47 fig. R. Giusti, Livorno, L. 12; V. Andrenelli: *Igiene nella vita.* 135 pag. Stab. tip. Simboli, Recanati, L. 8; G. Franceschini: *Chiacchieratine d'igiene.* 252 pag. Arti grafiche G. Rossi, Vicenza, L. 5; E. De Chaurand: *Argomenti di igiene per tutti.* N. Zanichelli, Bologna, L. 12; E. M. Poletti: *Mussolini vuole l'igiene così.* 210 pag. Edit. Conti, Bergamo, L. 8; P. Almasio: *Nozioni elementari di igiene e di pronto soccorso*, 136 pag. Soc. ed. internazionale, Torino, L. 5; C. Bertaccini: *Nozioni elementari di igiene.* 180 pag. L. Cappelli, Bologna, L. 8; *Corso educativo popolare. Igiene morale e fisica per le madri e gli alunni delle scuole elementari* (adatto per conferenze). Edizione Anima Italiana, Firenze, Via Bardi 20, L. 12,75.

fil.

Fisiologia del neurone, riflessi condizionali. — Al dott. M. de V.:

La fisiologia del neurone è un argomento in continuo sviluppo. Non esistono monografie che espongano le attuali nostre conoscenze al riguardo. Ad ogni modo in un buon trattato di fisiologia potrà trovare quanto le occorre.

Non esistono monografie in lingua italiana su i riflessi condizionali, nè risulta che ne siano state pubblicate in lingua francese.

Il *Policlinico* se ne è occupato fin dalle prime comunicazioni di Pawlow. Scorrendo le annate della « Sezione Pratica » potrà trovare esposte le varie tappe della dottrina.

Nelle ultime annate sono stati pubblicati i seguenti articoli: « I riflessi condizionali » Rivista Sintetica: G. DRAGOTTI (*Policlinico* - Sezione Pratica, anno 1928, pag. 522); « Riflessi condizionali e psichismo » (*Policlinico* - Sez. Prat., anno 1930, pag. 1432); « Riflessi condizionali e farmacologia », « Riflessi condizionali nell'immunità » (*Policlinico* - Sez. Prat., 1931, pagg. 32 e 1477).

DRAGOTTI.

VARIA.

Derivazioni di nomi di medicinali.

Abbiamo dato, or è qualche tempo, l'etimologia della parola « veronal », che deriva da Verona.

R. de Monrigny (*Côte d'Azur Médicale*, nov. 1932) ci offre due altre etimologie curiose. La stovaina deriva dal nome dell'inventore, Fourneau, ma tradotto in inglese: difatti fourneau significa stufa, che si dice *stove* in inglese.

Per il gardenal era in discussione il nome, presso la casa produttrice. Un chimico faceva rilevare che era necessario, come per altri ipnotici, usare la desinenza *nal;* un altro dice: « hai ragione, mantieni il nal (garde nal) »; il primo replica: « ho trovato, si chiamerà gardenal ».

(Dagli *Ann. d'Ig.*).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

10° *Dottor G. E.* — Il rapporto d'impiego interinale non ha, per sè stesso, importanza agli effetti della imposta di famiglia.

Nei Comuni che possono essere autorizzati ad istituirla, sono soggetti all'imposta le famiglie il cui capo dimori abitualmente nel Comune stesso, ai sensi dell'art. 16 del C. C. L'imposta colpisce l'agiatezza della famiglia, desunta dai redditi o proventi di qualsiasi natura e da ogni altro indice apparente.

Da questo punto di vista viene in considerazione anche lo stipendio relativo al servizio interinale.

La imposta è regolata dagli art. 111 a 118 del T. U. 14 settembre 1931 n. 1175 per la Finanza Locale.

11° *Dottor B. M.* — Se il Comune, con dichiarazione contenuta nell'avviso del concorso, si obbligò a fornire direttamente il mezzo di trasporto, è da ritenere che sia obbligato a pagare la indennità corrispondente, non avendo eseguito l'obbligo assunto.

12° *Dottor F. P.* — La disposizione dell'art. 8 del R. D. 20 novembre 1925 n. 2226, la quale riproduce quelle dell'art. 26 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889 e dell'art. 1° del R. D. 17 giugno 1923 n. 1437, ha efficacia per sè stessa, indipendentemente dal richiamo che ne sia fatto nell'avviso del concorso. Il Prefetto non ha facoltà di derogarvi.

Chi ha titolo alla esenzione dal limite di età, per effetto dell'art. 8, può fare domanda di ammissione al concorso, documentando la causa della esenzione. Se poi fosse escluso, potrebbe ricorrere in termine, contro il provvedimento di esclusione, al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale.

13° *Dottor A. G. B.* — L'imposta regolata dagli art. 111 a 118 del R. D. 14 settembre 1931 n. 1175 colpisce « l'agiatezza della famiglia desunta dai redditi o proventi di qualsiasi natura e da ogni altro indice apparente di agiatezza ». Nella determinazione dell'imponibile deve tenersi conto, per disposizione dell'art. 117; *a*) dei redditi o proventi, qualunque ne sia l'origine, il modo e il luogo in cui sono prodotti, depurati dalle spese di produzione, dalle imposte, sovraimposte e tasse, dai censi, canoni, livelli ed altri oneri patrimoniali che li gravano; *b*) della natura dei redditi o proventi, secondo che siano patrimoniali, industriali o professionali; *c*) di ogni altro indizio di ricchezza individuale, desunto dal valore locativo dell'abitazione, dal lusso della casa, dalla posizione sociale; *d*) della costituzione della famiglia e cioè del numero, dell'età, del sesso e della condizione dei suoi componenti.

Si tiene quindi conto, fra gli altri coefficienti, anche dello stipendio, depurato però dalle imposte di R. M.

14° *Dottor C. S.* — Se non gli è vietato l'esercizio professionale, è da ritenere che l'ufficiale sanitario possa aprire un gabinetto di esame, osservando le prescrizioni stabilite dalla legge, cioè previa domanda al Prefetto e relativa autorizzazione.

Da questa autorizzazione non si può prescindere, in nessun caso.

L'ufficiale sanitario non ha obbligo di sostituire il medico condotto, se a tale prestazione straordinaria non sia tenuto per disposizione del regolamento locale. Può essergli conferito un incarico provvisorio; ma in tal caso gli è dovuta speciale indennità. È opportuno che dall'atto di conferimento dell'incarico risulti la straordinarietà della prestazione e l'impegno del Comune di rimunerarla in misura prestabilita o da determinarsi.

Se il veterinario è assente o impedito, dovrebbe provvedere alla vigilanza igienica un veterinario viciniore; ma può essere incaricato del servizio di vigilanza l'ufficiale sanitario. In tal caso, se l'obbligo non risulta dal regolamento locale, è dovuta indennità per la sostituzione. Se, invece, non è istituito il posto di veterinario o la sede è vacante perchè priva di titolare, la vigilanza è esercitata dall'ufficiale sanitario per dovere normale.

15° *Dottor D. F.* — Considerato, quale è, l'ordine della graduatoria, il Comune, se è costretto ad osservare le note prescrizioni, deve nominare il dott. X., dato che non abbia motivi per escluderlo. Questo atto è possibile perchè il primo graduato non ha accettato la nomina.

Mi sembra strano, invece, e non logico il risultato del concorso: se la Commissione ha creduto di attribuire a tre concorrenti 29 su 30 « alla pari », come può può poi averli graduati per ordine di merito? in base a quale criterio? C'è contraddizione, o per lo meno insufficienza.

Sarà da considerare, nel caso che il Podestà nomini il primo del secondo gruppo, la convenienza di ricorrere contro tale provvedimento, dato che sia motivato dall'ordine della graduatoria e non dalla scelta.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico » via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuite.**

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ABBADIA LARIANA (v. LIERNA).

ALASSIO (*Savona*). — Scad. 20 mar.; L. 7200 e 10 bienni ventes.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

ANDRANO (*Lecce*). — Scad. 20 feb.; 1ª cond.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 se uff. san.; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

BOLZANO. *Comune*. — Proroga 28 febbr., ore 18; due condotte; età lim. 35 a. (al 24 ottobre per la 1ª condotta e al 29 ottobre per la 2ª condotta); v. fasc. 2.

CASORIA. — (v. NAPOLI).

CASTELNUOVO DI SOTTO (*Reggio Emilia*). — Scad. 10 mar.; 2ª cond.; L. 8000 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 3000 cavallo o automobile obbligatori; L. 1000 indenn. categoria; riduz. 12 %; età lim. 35 a. all'11 dic.; tassa L. 50,10.

ESINO LARIO (v. LIERNA).

FRIGENTO (*Avellino*). — Al 31 mar.; L. 7000, lorde del 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 28 dic.

FERRARA. *Comune*. — Scad. 28 feb.; per Ravalle; L. 10.000 oltre assegno complementare variabile L. 3500; cavallo od autoveicolo L. 2500; 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

ISCHITELLA (*Foggia*). — Scad. 12 mar.; L. 9000 e 4 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 35 a. al 10 gen.; tassa L. 50.

LIERNA (*Provincia di Como*). — Posto di Ufficiale Sanitario per il consorzio: Lierna, Abbadia Lariana, Mandello Lario, Varenna, Esino Lario. Stipendio L. 9000 con quattro aumenti quinquennali del decimo; L. 3500 per trasferta. Ritenuta del 12 %, C. P. Giornata Orfani, 1 % R. M., con libero esercizio fuori orario ufficio; età lim. 45; tassa L. 50,20. Scadenza 30 aprile 1933. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale di Lierna.

MANDELLO LARIO (v. LIERNA).

NOMI (*Trento*). — Scad. 5 feb.; consorzio medico con Pomerolo e l'Ospedale-Ricovero di Nomi. Rivolgersi alla Presidenza del Consorzio, in Nomi.

PERUGIA. *R. Prefettura*. — Il Prefetto, visti gli articoli n. 18 del Testo Unico delle Leggi Sanitarie 1° agosto 1907, n. 635, n. 25 e seguenti del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889, n. 6 della legge 23 giugno 1927 n. 1070; visto il R. D. 29 novembre 1925 n. 2266; determina: da oggi al 28 febbraio 1933 è aperto il concorso per il posto di Ufficiale Sanitario, Capo dell'Ufficio d'Igiene del Comune di Spoleto. Il concorso è per titoli e per esame, secondo il programma stabilito dal D. M. 6 febbraio 1926. Lo stipendio iniziale è di L. 6600, con quattro aumenti: i due primi biennali e gli altri due triennali, il primo di L. 400 e gli altri di L. 600 ciascuno. Sarà corrisposto inoltre un supplemento di servizio attivo di L. 1700 annue. Il tutto lordo per le ritenute di legge. Il Comune è esteso, con parecchie frazioni ed ha una popolazione di 33.000 abitanti circa. Gli aspiranti dovranno fare pervenire alla Prefettura di Perugia (Ufficio Medico Provinciale), non più tardi delle ore 12 del giorno 28 febbraio 1933, regolare domanda in carta da bollo da L. 3, corredata dei seguenti documenti in carta legale e debitamente legalizzati: 1) certificato di nascita da cui risulti che, alla data di pubblicazione del presente bando, l'aspirante non ha superato l'età di anni 45. Valgono per il limite di età le eccezioni come per legge; 2) certificato di cittadinanza italiana; 3) certificato penale generale; 4) certificato di buona condotta morale, civile e politica; 5) diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo, in originale o in copia notarile, di laurea in medicina e chirurgia, conseguita entro il 31 dicembre 1924, e conseguita entro il 31 dicembre 1925 da coloro che si trovassero nella condizione prevista dall'art. 9 del R. D. 31 dicembre 1923 n. 2909; 6) certificato di avere compiuto gli obblighi di leva; 7) certificato di data recente di sana e robusta costituzione fisica e di idoneità fisica all'esercizio della carica, salvo visita di controllo da parte del medico provinciale. I certificati di cui ai numeri 2, 3 e 4 debbono essere di data non anteriore a quella del presente bando. Ogni concorrente allegherà alla domanda i titoli scientifici e di carriera che crederà nel proprio interesse di produrre, descrivendoli in elenco in doppio originale, debitamente da lui firmato. Nella domanda il concorrente, oltre al cognome, nome, paternità e luogo di nascita, indicherà il recapito al quale indirizzare le occorrenti comunicazioni. La presentazione delle domande implica l'accettazione delle disposizioni che regolano lo stato giuridico ed economico degli impiegati del Comune di Spoleto.

Perugia 10 gennaio 1933 - XI.

ROMA. *Ministero della Marina*. — Il concorso per la nomina di 13 tenenti medici in S. P. E. nel Corpo sanitario militare marittimo. Potranno prendere parte al concorso i laureati in medicina e chirurgia che abbiano ottenuto l'abilitazione all'esercizio professionale a norma delle recenti disposizioni e non abbiano oltrepassato i 27 anni di età al 1° gennaio 1933. Per colore che risultano regolarmente iscritti al P. N. F. prima del 28 ottobre 1922, è concessa, sul limite massimo di età, una proroga di durata pari al tempo per cui essi, anteriormente al 28 ottobre 1922, appartennero al Partito.

Le domande di ammissione su carta da bollo da lire 5 dovranno pervenire al Ministero della Marina (Direzione generale del personale dei Servizi militari, Divisione Stato giuridico) entro il 12 marzo p. v. corredate dai documenti prescritti dall'art. 7 della notificazione di concorso. I vincitori del concorso che otterranno la nomina a tenente, se ammogliato, dovranno entro il termine di due mesi dalla nomina ad ufficiale, chiedere al Ministero l'autorizzazione a produrre nei modi stabiliti dalla legge 11 marzo 1926, la prova di possedere la rendita annuale di lire 4500 nominali.

Gli esami avranno inizio a Roma presso il Ministero della Marina, alla data che sarà stabilita e comunicata in tempo utile ai concorrenti. Copia della relativa notificazione di concorso (con annesse istruzioni e programma di esami) potrà essere richiesta direttamente al Ministero della Marina (Direzione generale del personale e dei servizi militari — Divisione dello Stato giuridico), alla Dire-

zione della Regia Scuola di sanità militare marittima di Napoli e alle Direzione degli ospedali marittimi della Spezia, Taranto, Venezia, Pola e La Maddalena.

RAVENNA. *Consorzio Provinc. Antituberc.* — Scad. 31 mar.; direttori delle Sezioni dispensariali di Faenza e di Lugo; L. 9000 oltre indenn. trasferta; età lim. 45 a. al 3 gen.; tassa L. 50,10.

SPOLETO. — (v. PERUGIA).

TIGNALE (*Brescia*). — Per titoli. Condotta medico-chirurgica residenziale. Abitanti 1352 dei quali 120 inscritti nell'elenco dei poveri. Lo stipendio iniziale al lordo del 12 %, di R. M., della Complem.; della ritenuta pensione, dell'I.N.I.E.L. e delle altre di Legge, è di L. 12.000. Indennità L. 1200 per mezzo di trasporto con motocicletta e L. 500 per carica di uff. saniatrio. Domanda in carta legale e documenti debbono pervenire alla Segreteria del Comune non oltre le ore diciotto del 10 aprile.

TORITTO (*Bari*). — Scad. 15 apr.; L. 10.000 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 40 a. al 17 gen.; tassa L 50,10; titoli ed esami. Chied. annunzio.

TREVISO. (*Amministrazione Provinciale*). — Il concorso al posto di coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi, bandito con avviso in data 20 ottobre 1932, N. 9881, è prorogato a tutto il 28 febbraio 1983.

TREVISO. *Ospedale Civile « Elena di Savoia ».* — A tutto il 6 marzo 1933 è aperto il concorso per titoli, ed eventualmente per esami, al posto di Chirurgo primario della I Divisione. Assegno annuo L. 7.500 lorde, ridotte del 12 %; cinque aumenti quadriennali del 10 %; eventuale indennità caro-viveri; compartecipazione negli emolumenti riscossi dall'O. P. per cure dozzinanti. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria.

UDINE. *Amministrazione Provinciale.* — Coadiutore della Sezione medico-micrografica del Laboratorio Provinciale d'igiene e profilassi. La scadenza del concorso al posto suddetto, il cui bando venne pubblicato nel N. 50 del 1932 della presente Rivista è prorogata alle ore 18 del giorno 15 febbraio 1933.

VARENNA (v. LIERNA).

VITTORIO VENETO (*Treviso*). — Scad. 28 feb.; 6° reparto; L. 8500 e 5 quinquenni dec., oltre c.-v., L. 3500 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Accademia Lancisiana di Roma.

Sono banditi tre concorsi a premio per l'anno 1933: 1° « Indirizzo moderno nella cura delle fratture », premio di L. 2000 del Sindacato Medico Fascista di Roma e Provincia; 2° « Ascesso polmonare », premio di L. 2000 della Presidenza degli Ospedali Riuniti di Roma. I lavori dovranno essere presentati il 18 novembre 1933, alle ore 18. Al premio del Sindacato possono concorrere tutti i soci residenti e corrispondenti dell'Accademia (art. 2 Reg. Concorsi a premio). Al premio della Presidenza degli Ospedali possonò concorrere i soci residenti che prestino servizio negli ospedali, o che abbiano già fatto parte della famiglia ospitaliera, ovvero che appartengano alle R. Cliniche di Roma (art. 3); 3° « Appendicite cronica », premio di L. 3000 del Governatorato di Roma I lavori dovranno essere presentati il 18 gennaio 1934, alle ore 18. Possono concorrere i soci residenti e corrispondenti dell'Accademia.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONOHIFICENZE.

Al dott. comm. Antonio Labranca, direttore del Servizio igienico generale presso la Direzione Generale della Sanità Pubblica, è stata conferita la libera docenza in epidemiologia e polizia sanitaria.

Il Labranca è troppo noto ed apprezzato nel campo sanitario, perchè avesse bisogno di questa sanzione del suo raro valore.

All'insigne igienista il quale, nell'alto compito di tutela della salute pubblica, viene svolgendo opera intelligente e tenace, appassionata e di solida probità, sapendo circondarsi di modestia e di silenzio, esprimiamo il nostro cordiale compiacimento.

È stata conferita la medaglia d'argento « Al merito della salute pubblica » al prof. Arturo Beretta, direttore della Clinica odontoiatrica della R. Università di Bologna.

In occasione delle onorificenze concesse dal Re d'Inghilterra pel capo d'anno, è stato nominato baronetto sir Thomas Jewes Horder, medico capo servizio (primario) al « Saint-Bartholomew's Hospital » di Londra. Egli siederà dunque nella Camera dei Pari, alla quale sono già stati elevati due medici: lord Dawson of Penn e lord Moynihan.

Il prof. Cesare Agostini, direttore della Clinica neuropsichiatrica della R. Università di Perugia, è stato, *motu proprio* di S. M. il Re, insignito della commenda dei SS. Maurizio e Lazzaro. All'illustre studioso i nostri vivi rallegramenti.

La commissione tecnico-sanitaria per la provincia di Milano è stata così costituita: segretario del Sindacato provinciale fascista dei medici; medico capo del comune di Milano; prof. comm. Emilio Alfieri, direttore degli Istituti clinici di perfezionamento; prof. Ivo Nasso, direttore della Clinica Pediatrica; prof. Piero Brusa, direttore dell'Istituto per la protezione e assistenza all'infanzia; prof. Giuseppe Grossi, direttore dell'Asilo materno provinciale, quali membri effettivi; dott. Guido Biancardi, prof. Gerolamo Taccone e prof. A. Bocchini quali membri aggiunti.

NOTIZIE DIVERSE.

14° Congresso internazionale di oftalmologia.

La preparazione di questo congresso, indetto a Madrid dal 16 al 22 aprile, procede alacremente a cura del Comitato nazionale. I temi ufficiali sono limitati a due: « Distacco della retina » e « Tubercolosi dell'iride »; si accettano comunicazioni che abbiano rapporto con questi due argomenti, ma il Consiglio internazionale può autorizzare un certo numero di comunicazioni libere, qualora presentino speciale interesse.

Nell'occasione si aduneranno anche l'Associazione internazionale per la profilassi della cecità e la Lega internazionale per la lotta contro il tracoma. Una seduta sarà riservata all'approvazione definitiva delle standardizzazioni proposte al Congresso di Amsterdam, nel 1929, relative all'acutezza visiva, alla tonometria, al campo visivo, alla notazione degli assi nell'astigmatismo, alle attitudini visive degli autisti, ferrovieri e marittimi.

Avranno luogo escursioni (a Toledo, all'Escuriale, ecc.), visite a musei, ricevimenti, banchetti, festeggiamenti. Sono già state ottenute riduzioni di tariffe ferroviarie per la Spagna e la Francia. Al Congresso saranno unite delle Mostre. Il Congresso e le Mostre avranno luogo al Palace-Hôtel. Importo delle sottoscrizioni: 50 franchi svizzeri per i membri effettivi; 25 per le persone che li accompagnano. Gl'iscritti riceveranno il programma completo ed i testi delle relazioni e comunicazioni. Rivolgersi al segretario, Dr. Poyales, rua Olszega 3, Madrid.

Congresso stomatologico internazionale.

Avrà luogo nel settembre 1934 a Bologna, sede designata dall'Associazione stomatologica internazionale.

Il Comitato organizzatore, di cui è presidente il prof. Arturo Beretta, della R. Università di Bologna, ha invitato le Società stomatologiche estere ad iniziare i lavori preparatori, in modo che questo Congresso riesca degno delle tradizioni dell'Ateneo bolognese e della stomatologia italiana.

2ª Riunione europea per l'igiene mentale.

È indetta a Roma per i giorni 27 e 28 ottobre, sotto la presidenza del prof Sante De Sanctis. Temi in discussione: « L'igiene mentale e la scuola », relat. E. Medea (Milano); « L'assistenza pubblica extra-ospedaliera ai predisposti alle malattie mentali ed ai dimessi dagli Ospedali psichiatrici », relat. A. Ley (Bruxelles); « L'importanza della famiglia per l'igiene mentale », relat. H. Roemer (Illenau, Germania). Nel pomeriggio del secondo giorno si terrà l'assemblea dei soci della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale. Le sedute avranno luogo: il primo giorno nel Palazzo della Provincia e il secondo giorno presso l'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Roma. Segretario del Comitato esecutivo è il prof. C. Tumiati. Per informazioni rivolgersi alla segreteria della Lega italiana, via Masaccio 119, Firenze.

22° Congresso italiano per il progresso delle scienze.

Nei locali della R. Accademia dei Lincei si è adunato il Comitato scientifico della Società italiana per il progresso delle scienze, presidente l'on. Barone Blanc, segretario il prof. Silla.

Il Comitato, dopo aver esaminato e discusso i voti emessi dalle Sezioni scientifiche del recente Congresso di Roma, ha fissato le direttive dell'organizzazione scientifica della XXII riunione, che avrà luogo a Bari nel prossimo autunno. È stato proposto che, dopo la chiusura della riunione di Bari, i soci partecipino ad una Crociera scientifica nelle Isole italiane dell'Egeo.

2° Congresso italiano di medicina dello sport.

La Federazione Italiana Medici degli Sportivi ricorda a tutti gl'iscritti che il Congresso predetto avrà luogo a Bologna nei giorni 20-22 maggio. I temi di relazione sono i seguenti: « Dell'allenamento sportivo » (relatore: dott. Poggi Longostrevi); « Alimentazione dello sportivo » (relatore: dott. G. Barbacci); « La funzione del rene negli sports » (relatore: prof. G. Aiello). La tassa d'iscrizione è fissata in L. 15. Le facilitazioni ferroviarie sono favorite dalla contemporanea Fiera del Littoriale, che dà diritto alla riduzione del 50 %. Sarà necessario che, data l'affluenza notevole in quei giorni nella città di Bologna, chiunque lo desideri scriva a tempo al presidente del Comitato organizzatore (prof. G. Pini, via S. Stefano 18, Roma) per fissare l'alloggio. Coloro che desiderassero fare comunicazioni debbono mandarne al più presto il titolo ed entro il mese di aprile copia del testo, scritto a macchina.

43° Congresso tedesco di medicina interna.

La Società tedesca di medicina interna si adunerà a Wiesbaden dal 18 al 21 aprile; discuterà i temi: « L'importanza dei metalli pesanti in fisiologia ed in patologia », relatori Huebner (Berlino), Zangger (Zurigo), Martini (Bonn); « Patologia degli eritrociti e dell'emoglobina », rel. Fischer e Kämmerer (Monaco), Seyderheim (Francoforte s. M.); inoltre il prof. J. Snapper, di Amsterdam, terrà una conferenza sul problema dei surreni. Presidente del Congresso sarà il prof. Lichtwitz, Rudolf Virchow-Krankenhaus, Berlin.

Congresso tedesco di psichiatria.

Avrà luogo a Würzburg nei giorni 20 e 21 aprile; temi: « Reparti psichiatrici in ospedali generali », relatori J. Lange (Breslavia) e Hoffmann (Berlino); « Fondamenti organici della psicosi maniaco-depressiva », relat. C. Roggenbau (Berlino). Segretario generale: Dr. Ilberg, Schuberstr. 41, Dresden-Ill.

Congresso medico messicano.

Si è tenuto a Morelia, Mich., dal 4 all'11 dicembre. Il Congresso comprendeva 4 Divisioni e 16 Sezioni. Temi: per la medicina interna: « il tifo (esantematico) »; per la chirurgia: « l'appendicite »; per l'igiene: « tifoide e paratifoidi »; per l'odontologia: « fratture del mascellare inferiore e pseudo-artrosi ». Il Comitato direttivo era presieduto dal dott. Daniel Gurria Urgell; segretario generale era il dott. Leopoldo Escobar.

Rivendicazioni mediche italiane.

La « Commissione per le Rivendicazioni Scientifiche Italiane » presieduta dal sen. Giordano, d'intesa col sen. Marconi, presidente del Consiglio Nazionale delle Ricerche, si è adunata nella « Casa del Medico » di Roma ed ha stabilito un programma di lavoro, diretto ad illustrare, nella grandiosa Esposizione permanente che si prepara a Chicago, le rivendicazioni mediche italiane. L'illustrazione sarà fatta per i singoli grandi scopritori e per capitoli della medicina.

Corsi di perfezionamento.

Presso la Facoltà medica di Parigi è organizzato un gruppo di corsi di perfezionamento nei vari rami della medicina. Chiedere il programma al « Bureau des Relations Médicales aves l'Étranger », Faculté de Médecine, rue de l'Ecole de Médecine, Paris VIe.

Il servizio medico comunale a Milano.

L'Amministrazione municipale di Milano, che gestisce dal 1904 il servizio di condotta e dal 1915 la somministrazione dei medicinali, prima elargiti dal Pio Istituto di Santa Corona, col 1° settembre u. s. ha attuato una nuova suddivisione dei riparti sanitari e li ha ridotti da 66 a 55; cioè ne ha soppresso 11.

L'assistenza ospedaliera al Giappone.

Il moltiplicarsi straordinario e quasi improvviso di ospedali nel Giappone, viene creando colà nuove condizioni di vita per la professione medica. Si tratta in buona parte di ospedali fondati direttamente dal Governo, dalle Province (Prefetture) e dai Comuni; sono ottimamente attrezzati, a volte grandiosi, vere città ospedaliere. La Croce Rossa viene pure istituendo degli ospedali. Da tempo esistono ospedali dell'Esercito e della Marina da guerra, ma ora vengono ingranditi, migliorati, aumentati di numero. Anche la Polizia ha voluto i propri ospedali; altrettanto hanno fatto le Compagnie ferroviarie e le grandi Aziende industriali, per il proprio personale. I vantaggi manifesti offerti dagli ospedali ai ricoverati, hanno indotto anche dei privati a moltiplicare le case di salute, a scopo speculativo, per gli abbienti; ed esse sono frequentatissime.

Questi istituti assistenziali assorbono ora un grandissimo numero di malati; perciò viene a ridursi l'attività dei medici liberi esercenti, la cui posizione è anche aggravata dalla pletora.

Si prospetta la possibilità che i medici divengano in grande maggioranza addetti ai nosocomi e istituti congeneri, con stipendi modesti ma fissi. Si crede che questa riduzione dell'esercizio libero sarà di danno, facendo diminuire gl'introiti ed eliminando l'emulazione, che è fonte di progresso.

Istituto di puericoltura di Bruxelles.

Il 24 dicembre ebbe luogo la posa della prima pietra dei nuovi locali dell'Istituto, il quale è destinato a fanciulli fino all'età di 8 anni e che non siano colpiti da forme contagiose: deboli, prematuri, rachitici, gastroenterici ecc. I nuovi locali potranno ricevere 225 fanciulli; sono studiati secondo i recenti progressi della tecnica ospedaliera; tra l'altro, prevedono una serie di boxes o celle, a pareti di vetro, destinate alla contumacia dei nuovi ricoverati, ed un padiglione per le forme contagiose che dovessero dichiararsi, con galleria d'accesso esterna per i familiari.

Istituto provinciale di psichiatria a Madrid.

Il 10 dicembre ebbe luogo a Madrid, nella plaza de Henares, la posa della prima pietra di un edifizio destinato ad istituto di psichiatria per la provincia. La cerimonia si svolse con grande solennità; v'intervenne il presidente della Repubblica. Parlarono A. Salazar, Marañon, Fernando de los Rios.

La casa dei medici di Barcellona.

Con l'intervento del presidente della Repubblica Spagnola, on. Garcia, dei presidente del Parlamento Catalano, on. Companys e di altre autorità, si è inaugurata a Barcellona la « Casa dei medici », un vero palazzo che attesta la potenza del sindacato medico locale, associazione libera e volontaria.

Fanno parte della « Casa dei medici »: una sala per conferenze, una biblioteca, l'accademia di medicina, un laboratorio delle scienze mediche, una cooperativa di consumo.

Clinica per bambini sani a Montevideo.

Presso il Servizio de « La Cuna » di Montevideo è stata inaugurata una « clinica del bimbo sano », creata dal Consiglio direttivo della Facoltà di Medicina, su proposta del direttore dell'Assistenza Pubblica Nazionale, dott. José Martirené.

Disagio economico degli istituti scientifici in Germania.

Un gruppo di 140 scienziati ha inoltrato a Hindeburg una petizione, che rileva i gravissimi danni recati dalla crisi alla vita scientifica nazionale. Ad es., la « Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaft », la quale aveva formato l'ammirazione del mondo civile, è in parte paralizzata; così pure la « Notgemeinschaft der Deutschen Wissenschaft », sorta dopo la guerra per sovvenire gl'istituti scientifici. Molti istituti vivono oggi in condizioni precarie. Le dotazioni e gl'introiti straordinari di un esercizio finanziario si esauriscono molto prima che si stabilisca il saldo con l'esercizio successivo. Se i fondi fanno difetto, non si possono continuare le ricerche in corso, non si possono pubblicare le riviste (la maggior parte delle quali sono passive) ecc. Eppure l'attività non può venire interrotta. È indispensabile provvedere, riducendo altre spese e non quelle culturali, se vuole evitarsi il decadimento scientifico della Germania.

Le radioscopie obbligatorie per gli studenti universitari di Monaco.

Due anni or sono il corpo accademico dell'Università di Monaco (Baviera) istituì la radioscopia obbligatoria per gli studenti. Già vigeva l'esame clinico obbligatorio.

La radioscopia è stata eseguita dal radiologo B. Kattentidt su circa 2000 allievi. Di questi ne furono trovati 10 % con liesioni tubercolari, mentre l'esame clinico accuratissimo ne aveva rivelato solo il 6 %. I soggetti con lesioni aperte furono 35.

La « Casa degli studenti » di Monaco ha fondato un'istituzione per aiutare questi malati di tubercolosi; gl'iscritti versano 2,5 marchi per testa. Si è avuta una riduzione notevole dei casi di tubercolosi attiva, passati da 0,45 % nel primo anno a 0,27 % nel secondo; il successo viene attribuito alle cure.

Di fronte a tale risultato, anche le scuole non universitarie di Monaco hanno istituito la cartella clinico-radiologica e organizzato la cura della tubercolosi.

Il prof. Bilancioni a Malta per operare il Comandante la Flotta inglese.

Il prof. Bilancioni, accompagnato dal prof. Silvagni, si è recato in volo a Malta, ove è stato richiesto per un urgente intervento chirurgico presso l'ammiraglio Totenham, comandante la flotta inglese del Mediterraneo.

Esposizione artistica di sanitari.

Il XIII « Salon des médecins » si terrà dal 12 al 21 marzo al « Cercle de la Librairie » di Parigi (boulevard Saint Germain). L'Esposizione è aperta a medici, farmacisti, dentisti e studenti; le opere non possono superare il numero di tre per ogni espositore; i quadri non possono sorpassare m. 1,25 per lato. Diritto d'iscrizione 100 franchi per ogni espositore; l'assicurazione è facoltativa ed a carico degli espositori. Per chiarimenti rivolgersi al sig. Pierre Mallet, rue Lecourbe 46, Paris XVe.

Responsabilità chirurgica.

Una signorina di Puy-en-Vichy, Estelba C., di 27 anni, ha intentato causa contro un chirurgo che l'aveva operata, perchè questi, oltre ad aprire un ascesso della coscia, avrebbe asportato un ganglio linfatico dell'inguine, mentre a ciò non era autorizzato. Ne sarebbe derivata una cicatrice deformante. Ella chiedeva una perizia.

Il Tribunale di Puy nominò un collegio peritale composto dei dottori Pakowsky, Piollet e Allary, di Clermont-Ferrand; ma la parte agente ha interposto appello: pur rendendo omaggio alla coscienziosità e al valore professionale di questi chirurghi, il legale ha sostenuto che essi non sono personalità di valore tecnico e scientifico universalmente riconosciuto; essi hanno fama puramente locale, ristretta alla regione del « Massif Central », ove esercita anche il chirurgo accusato.

La Corte ha accolto questa tesi ed ha nominato un nuovo collegio, composto nientemeno che di Delbet, Legueu e Schwartz.

Autopsia non autorizzata.

La Corte d'appello del Kentucky ha emesso il verdetto in una causa intentata dalla vedova di un operaio, certo Streipe, contro una compagnia d'assicurazioni, « Liberty Mutual Insurance Company », come pure contro tre medici ed un giudice istruttore.

Lo Streipe era morto durante il lavoro, in seguito a caduta da una scala portatile. Il giudice ordinò l'autopsia, che venne eseguita dal dott. Carter, con l'assistenza di altri due medici: risultò che la morte doveva attribuirsi a endocardite e che perciò non competeva un indennizzo alla vedova. Questa intentò causa per violazione di cadavere, sostenendo che l'autopsia, non autorizzata, era illegale.

In prima istanza il Tribunale aveva condannato il giudice istruttore a 4500 dollari di danni ed aveva assolto gli altri imputati. Il giudice però aveva interposto appello. Ora la Corte d'appello ha sentenziato che la causa dovrà essere rifatta. Nel giustificativo della sentenza si riconosce la responsabilità del giudice istruttore, in quanto la legge autorizza a ordinare l'autopsia solo nei casi di crimine; la responsabilità viene estesa al medico settore, in quanto questi avrebbe dovuto accertarsi della legalità dell'ordine ricevuto; nonchè alla Compagnia d'assicurazione, che promosse l'autopsia. È risultato che un agente di questa Compagnia si era messo in rapporto con il giudice e che la Compagnia corrispose al settore un compenso molto superiore alla tariffa abituale. Tutto ciò ha aggravato la posizione degli imputati. Invece si è esclusa ogni responsabilità nei due medici che — per incarico della Compagnia — assistettero alla sezione.

Eventualità tragiche.

L'« Americal Medicine » (1932, n. 11) ha riferito questo caso, che lascia quasi increduli: un medico prescrive due misture, da ingerire separatamente; il malato, in presenza del medico, prende una dose di ciascuna; immediatamente è colto da sintomi gravissimi e muore in pochi minuti. Il medico vuol dimostrare, alla famiglia, che la prescrizione è corretta, prendendo lui stesso una dose doppia di ciascuna miscela; ma egli fa la fine del cliente.

La perizia giudiziaria, condotta dal medico necroscopista e da altri medici, non ha reso pubblica la natura della prescrizione, limitandosi a far sapere che le due misture sarebbero state innocue, qualora fossero state ingerite con un intervallo di 2-3 ore l'una dall'altra.

*
* *

Il « Popolo d'Italia » (18 genn.) reca da Berlino che nella piccola città di Varel, nell'Oldenburgo, è avvenuto un caso veramente straordinario: un dottore e l'ammalato sono morti contemporaneamente. Il dottore stava eseguendo un'operazione alla gola di un ammalato, quando, improvvisamente, colpito da collasso cardiaco, è caduto a terra. Il malato con la gola tagliata è morto dissanguato.

Il ricupero della vista può non essere lieto.

In un certo numero di casi gli oculisti sono in grado di restituire la vista perduta; di solito entra in campo l'operazione per cataratta.

Uno di tali casi è occorso nell'ospedale di Prerau (Slesia); la paziente, che non vedeva più da 16 anni, per prima cosa volle guardarsi nello specchio. S'illudeva di vedersi come a 44 anni, ma ora ne contava 60 e si trovò piena di grinze. Risultato: venne presa da un accesso di disperazione folle, mentre i due oculisti che l'avevano curata ed i familiari credevano di rallegrarsi con lei per il felice esito dell'intervento...

Episodio epidemico di morva.

Recentemente a Gallipoli un operaio incaricato di seppellire un cavallo morto di morva contrasse — pare in seguito a ferita ad una mano, durante il lavoro — una forma acuta della malattia e ne morì in dieci giorni. La moglie — sembra nel ripulire gli abiti — ammalò della stessa malattia, con localizzazione alla mucosa nasale. È in corso un'inchiesta; si è proceduto all'isolamento di 19 persone che hanno avuto contatto con i due malati.

In età di 63 anni è morto il prof. KARL KREIBICH, direttore della clinica dermosifilopatica di Praga. Da giovine ha compiuto studi apprezzati sugli eczemi, sugli angiomi cutanei, sulla colorazione del sistema nervoso ecc. Si era poi guadagnato fama di grande drammaturgo: la sua produzione teatrale ebbe un larghissimo successo, anche economico. Nei momenti di tregua egli si dedicava alla pittura: i suoi quadri furono accolti in più Mostre.

Nel 1912-13 fu decano della Facoltà medica e nel 1923-24 fu rettore dell'Università tedesca di Praga. M. P.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Minerva Med., 8 sett. — Numero sulla tbc.

Klin. Woch., 3 sett. — F. BIELSCHOWSKI. Ipoglicemia spontanea.

Acta Med. Scand., III-IV. — J. CHRISTIANSEN. Esperimenti con dieta scarsa di calorie e di albumina. — J. E. HOLST. Glicosurie diabetiche e renali contemporanee. — P. IVERSON. L'edema nefrosico.

Paris Méd., 3 sett. — Numero di oftalmologia e oto-rino-laringol.

Journal A. M. A., 20 ag. — R. H. YOUNG. Aspetti neurologici dell'anemia perniciosa. — E. M. SEYDELL. Disturbi olfattori.

Zeitsch. f. Tuberk., sett. — F. KLOPSTOCK. Immunità e allergia nella tbc.

Practitioner, sett. — Numero di ginecologia e ostetricia.

Giorn. di Batteriol. e Immun., sett. — B. BUTTA Azione antianafilattica dei lipoidi estratti dal siero.

Arch f. Sch.- u. Tr.-Hyg., sett. — P. S. DJAPARIDSE. Immunità nella malaria.

Presse Méd., 3 sett. — F. HEIM DE BALZAE e A. FEIL. Vernici cellulosiche e pittura alla pistola: stato sanitario degli operai.

Riv. di Patol. e Cl. d. Tub., 31 ag. — G. ALESII. Infezione reumatica e forme similari nell'infanzia in rapporto alla tbc.

Deut. Med. Woch., 2 sett. — SAUERBRUCH. Ernia dell'haitus diaframmatico.

Forze San., 15 ag. — G. LAMI. Clinica e terapia delle coliti.

Marseille-Méd., 15 lug. — GRANJON. Metabolismo del calcio.

Arch. dell'Ist. Biochim. It., ag. — E. PRETO. Modificazioni articolari per interventi biochimici.

Nutrition, 3. — Numero sulle turbe della circolazione periferica e malattie della nutrizione.

Riv. San. Sicil., 1 sett. — F. BALSAMELLI. Nuovo indice pelvico per la determinazione del sesso dallo scheletro.

Presse Méd.. 7 sett. — P. GIRAUD. Come si contrae il kala-azar. — 10 sett., A. CALMETTE. Allergia tubercolinica e immunità nella tbc.

Radiologia Med., sett. — S. BISTOLFI. La roentgenterapia nelle malattie a sindrome emorragica.

Pathologica, 15 sett. — V. CESARIS DEMEL. Cancro alveolare del timo. — M. BARBEROLI. Aspetti rari di pleurite cron.

Paris Méd., 10 sett. — Numero di stomatologia.

Arch. Méd.-Chir. de l'App. Resp., 3. — R. A. BRANDAU Accessi d'asma bronchiale ed elettricità atmosferica.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

Ricordiamo la interessante pubblicazione:

Dott. ANTONIO SEBASTIANI già Medico aiuto negli Ospedali Riuniti di Roma
Primario del Padiglione « A. Cesalpino » nell'Ospedale del Littorio - Roma.

I disturbi del ritmo cardiaco

Prefazione del Prof. GIUSEPPE BASTIANELLI

Perchè i lettori possano rendersi conto dell'utilità che questo volume ha per tutti i medici pratici, ne riportiamo l'intero INDICE, insieme a tre figure scelte fra le tante che lo illustrano.

INDICE.

SAGGIO DELLE ILLUSTRAZIONI.

FIG. 12 — Elettrocardiogramma normale.

FIG. 22. — Blocco incompleto con progressivo ritardo della conduzione atrio-ventricolare.

FIG. 26. — Blocco incompleto.

Volume in-8°, di pagg. VIII-142, con 73 figure nel testo, nitidamente stampato su carta semipatinata. Prezzo L. **18**, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **16,25** in porto franco.

Per ottenere quanto sopra inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI, Ufficio Postale Succursale diciotto, ROMA.

ANNO XL — Roma, 6 Febbraio 1933 - XI — Num. 6

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI.

SCUOLA DI MEDICINA PRATICA «A. MINICH» DELL'OSPEDALE CIVILE DI VENEZIA.

CORSO PER L'INTERNATO ESTIVO 1932.

Tumore del lobo temporale destro. Suoi rapporti con trauma pregresso.

LEZIONE del prof. G. JONA, medico primario.

Vi presento una grave sindrome endocranica che ha una doppia importanza: clinica e medico-legale. C'è di mezzo un trauma, e bisogna stabilire se e quale coefficiente causale rappresenti.

Udrete come l'importanza di questo coefficiente si riverberi su ambedue gli aspetti del caso, e cioè così nel giudicare la natura della lesione come le responsabilità che ne possono derivare.

G. Armando, di a. 25, dipintore, entra in Div. Med. II il 30 maggio c. a.

Anamnesi famigliare negativa per tubercolosi e neoplasmi. Nessuna malattia pregressa. Moderato nel mangiare e nel bere. Non fuma. È celibe.

Due mesi fa, in seguito ad una lite, ricevette un forte pugno che lo colpì dal basso verso l'alto, all'angolo destro della mandibola. Riportò fiero dolore cui seguì cefalea, vomito, vertigini, senso di astenia. Fu costretto a porsi a letto, e vi rimase da allora quasi a permanenza.

Il dolore, prima localizzato alla mandibola sulla zona traumatizzata, si localizzò poi alla regione temporo-parietale destra. Questo dolore, pressochè continuo, spesso pulsante, si esacerbava alla notte. Ha senso continuo di stordimento. Non avverte disturbi degli organi dei sensi, ma invece un lieve indebolimento degli arti di sinistra.

Dice di essere sempre stato apiretico.

E. O.: Individuo giovane, in buone condizioni di nutrizione e sanguificazione. Volto atteggiato a sofferenza. Accusa dolore nella regione temporale destra. Lievissimo spianamento dei lineamenti nella metà sinistra del capo, nel campo del facciale inferiore. Riflesso corneale normale dai due lati. Lingua porta medialmente.

Pupille di media ampiezza, eguali, normalmente reagenti.

Esame dei sensi specifici, negativo (V. più sotto l'es. del fondo oculare e del campo visivo).

Alla percussione del capo, zona squisitamente dolorosa, nella metà destra, in regione temporale.

Per nulla alterata l'articolazione mandibolare; funzione affatto normale.

Collo: perfettamente mobile.

Torace: ampio, bene conformato, con espansione normale.

F.V.T.: presente ovunque. Risonanza percussoria normale, margini mobili: murmure normale.

Cuore: limiti normali; punta in sede. Toni netti, un po' debole il primo; ritmo regolare; polso a 62''.

Addome: piano, trattabile, indolente. Milza e fegato nei limiti.

Arti: asciutti. Alla prova di Mingazzini, lieve deficit di energia all'arto sup. ed infer. di sin. Sensibilità normale.

Riflessi normali. Non Babinski, non cloni.

La stazione e la deambulazione sono possibili. Però cammina a gambe un po' divaricate, con lieve tendenza a deviare ora a destra ora a sin., con carattere astenico. Si stanca dopo pochi passi.

Orina: normale. Reazione di Wassermann sul sangue: negativa.

Nei giorni successivi il dolore alla reg. temporale destra si fa spontaneo e vivissimo.

La puntura lombare dà esito a *liquor*, sotto pressione esagerata, intensamente emorragico: se ne estraggono 50 cc., si separa xantocromico, dà grosso *culot* ematico, senza traccia di coagulazione. All'es. micr. del sedimento, il rapporto fra globuli bianchi e globuli rossi è di 1:476.

L'esame del fondo oculare dà: papilla da stasi in O. O., di egual grado, con qualche piccola emorragia peripapillare a fiamma. Visus 10/10 in O. O.

Campo visivo. Limiti periferici della percezione del movim. del bianco, normali. Non scotoma centrale. Limitazione omonima sinistra del tipo *a quadrante*, della percezione dei colori (settori superiori sinistri) (dott. Mamoli).

L'esame radiografico del cranio non rivela alcun segno di frattura (prof. Ceresole).

Reazione di Wassermann nel sangue, negativa.

Cuti-reazione positiva.

Il 6 giugno il malato passa in Divis. Chirurgica colla diagnosi di: *ematoma sottodurale traumatico della fossa temporale di destra*.

Rientra nella nostra Divisione, non operato, il g. 17 giugno.

Es. obb.: giace supino, tranquillo, soporoso: di tratto in tratto con respiro sospiroso. Polso 54.

Non parla, non risponde a cenni, solo di tratto in tratto mostra di soffrire al capo.

Non c'è deviazione del capo e degli occhi.

Anisocoria con miosi a sin. Riflessi pupillari presenti. Modica rigidità nucale: Kernig, Bruzinski presenti. Motilità degli arti conservata; riflessi patellari leggermente esagerati, più a sinistra.

Papilla da stasi bilaterale, più accentuata a sinistra.

Puntura lombare il 2-6 e il 3-7. Rispettivamente:
cc. 15 press. iniz. 38 (al Claude), termin. 19, liquor scarsamente emorragico;
cc. 30 press. iniz. 45, termin. 20, leggermente xantocromico.

Nei giorni successivi, il paziente migliora.

Si ridesta la conoscenza, risponde un po' lento, ma conservando lucidità, memoria, coerenza, senza disartria. Il polso si fa più frequente e giunge fra i 70 e gli 80. Persiste il dolore in regione temporale, talora spontaneo, talora provocato colla percussione.

È manifesta un'emiparesi sinistra, totale, (arti e facciale inferiore) ma assai lieve. Non c'è Babinski.

La sensibilità, generale, più volte saggiata, è perfettamente normale.

Il malato riesce a reggersi in piedi, e può far qualche passo, ma, ora, con costante tendenza alla deviazione verso sin.

Il *visus* che nella prima degenza era ben conservato, è sceso a 5/10 in O D e 4/10 in O S.

L'es. del campo visivo (5-VII) mostra nuovamente restringimento omonimo a settore, a carico del quadrante superiore sinistro in O. O., anche pel bianco.

Es. dell'acustico negativo, sia pel cocleare che pel vestibolare.

Nessun fatto a carico di gusto e olfatto.

Una sol volta (18-VI) presentò un attacco convulsivo generalizzato, che durò pochi minuti, non presenziato dal medico.

La temperatura presentò un lieve movimento febbrile per pochi giorni (17 a 25 giugno) fino a 37°,8 poi fu sempre normale (36,1 a 36,8).

Il malato procede sino ad oggi con oscillazioni di decorso, con regressione dei fenomeni meningei, ma con maggiore tendenza allo stato astenico e sonnolento.

Riassumiamo il caso:

Un giovane di 24 a., apparentemente sano, riceve, in uno degli ultimi giorni di marzo, un violento pugno all'angolo destro della mandibola; da allora residua dolore alla 1/2 d. del capo, ben localizzato in regione temporale. Il giovane non riesce a riprendere il lavoro, per la sofferenza del capo, per lo stato astenico, per qualche vertigine e incertezza di deambulazione.

Entra da noi il giorno 30 maggio con dolore violento alla regione temporale destra, con astenia grave, con incertezza di deambulazione che tardivamente diventa tendenza alla deviazione a sinistra, con lievissima emiparesi sinistra, con papilla da stasi bilaterale, con emianopsia omonima a settore, a carico del quadrante superiore sinistro dei due lati, con *liquor* sotto pressione e nettamente emorragico.

Si tratta evidentemente di grave lesione endocranica e abbiamo una somma di elementi importantissimi che già nella semplicità schematica con cui li ho riassunti, impongono subito queste tre conclusioni generiche:

aumento di pressione endocranica;
fatto emorragico intracranico;
lesione localizzata a destra.

Esse sono così evidenti che non mi vi soffermo.

Ma invece ne segue subito l'arduo problema: qual'è la lesione che porta l'aumento di pressione e l'emorragia?

E, prima di tutto, data la storia di un trauma grave del capo, precedente di appena due mesi, dobbiamo pensare ad addebitare tutto ad esso, nel senso che da esso sia derivato lo stravaso sanguigno e un aumento di pressione consecutiva?

E con qual meccanismo il trauma potrebbe aver dato tutto ciò?

Ricordiamo che il trauma fu un pugno violento portato all'angolo della mandibola, probabilmente dal basso all'alto.

Possiamo escludere che esso abbia determinato frattura della base cranica, non solo perchè le ripetute radiografie non ne rivelarono traccia, ma anche perchè un tale trauma, non poteva in ogni caso che determinare frattura del fondo della fossa glenoidea, *con* o *senza* sfondamento e penetrazione del capo della mandibola nell'interno della cavità cranica: ora, di *sfondamento* non è il caso di parlare, poichè avrebbe determinato fatti clinici e radiologici ben diversi e ben evidenti: ma anche senza sfondamento, e cioè con una semplice effrazione o frattura lineare o incrinatura, certamente si sarebbero avute turbe, almeno funzionali, nell'articolazione della mandibola, turbe che, come potete constatare, mancano oggi completamente nè furono mai presenti, come il malato ci assicura.

Dunque, frattura della base, no: ma anche senza ciò il trauma può aver agito sulla massa endocranica e provocato emorragia, e ciò in più modi: *o* determinando direttamente un focolaio distruttivo cerebrale, cioè un rammollimento emorragico traumatico, oppure determinando una lacerazione della dura e lesione di un ramo dell'arteria meningea capace di creare a stillicidio un ematoma anche di vaste dimensioni, atto a dare le più imponenti sindromi di compressione, *oppure* ancora provocando veri processi infiammatori quale un focolaio encefalitico a decorso progressivo, capace di determinare un'*apoplessia traumatica tardiva*, o anche, benchè raramente, una leptomeningite emorragica, essa stessa suscettibile di evoluzione e capace di creare fatti apoplettici, a *ictus* successivi, e ingravescenti.

Non vi nascondo, che, date le responsabilità penali che ne possono risultare, la discussione di queste varie possibilità mi tiene in questo momento assai trepidante, tanto più che da nessuna parte veggo argomenti che possano essere o diventare decisivi.

In ogni modo, prima di vagliarle, domandiamoci ancora: e tolte queste possibilità, dipendenti tutte dal trauma, quali altre ci si presentano?

Evidentemente: il *tumore*: anzi, se la storia non ci avesse parlato del trauma, la nostra mente sarebbe andata direttamente al tumore, della cui diagnosi troviamo qui i capisaldi: cefalea, vomito, astenia, papilla da stasi, e fenomeni di localizzazione.

Ma anche con ciò, le nostre trepidazioni non sarebbero finite: anche se c'è un tumore, non ci insegna forse la patologia generale che tra i fattori eziologici di questo, figura pure il trauma? e nel caso attuale dovremo o non dovremo pensare a rendernelo responsabile?

È necessario che vediamo tutto ciò un po' più da vicino. Ma però credo necessario di risolvere prima l'altro punto di diagnosi: *la sede*, onde raccogliere il maggior numero di elementi, con cui affrontare quel ch'io considero il quesito più grave del caso nostro.

*
* *

Discutiamo dunque della sede. Ma anzitutto, dobbiamo ammettere una lesione diffusa, o una netta localizzazione?

Mi pongo questo quesito perchè l'imponente carattere emorragico del *liquor* potrebbe, come già vi dissi, far pensare a una emorragia vera della leptomeninge, la quale, pur diffusa, è capace talora di dar fenomeni di localizzazione più o meno rispondenti alla realtà anatomica del caso, come io stesso ebbi occasione di dimostrare in un recente lavoro sulle emorragie meningee (*Archivio di Patol. e Clin. Medica*, 1932).

Ma nel caso attuale ciò non è ammissibile, perchè i segni della serie meningeale, apparvero bensì, ma transitoriamente, in un periodo avanzato del decorso, mentre mancarono per la maggior parte di esso, come mancano oggi, e mancavano quando entrò il malato, pur in piena fenomenologia cerebrale.

Dunque se il *liquor* è emorragico, non lo è per una lesione diffusa emorragica, primitiva, della leptomeninge, ma perchè negli spazi aracnoidei perviene in copia del sangue da una lesione localizzata, a tipo emorragico. Dov'è questa lesione?

I dati di cui disponiamo per una diagnosi di localizzazione sono pochi, ma preziosi.

L'emiparesi sinistra, lievissima, non serve che a una localizzazione generica all'emisfero destro: in così modeste proporzioni essa può appartenere alla sintomatologia delle più svariate zone cerebrali e senza arrestarmi alle varie sue modalità e combinazioni, credo che pel caso attuale essa non possa dire di più.

Ma in una zona destra, e cioè nella regione temporale, c'è un dolore, il quale, quando ha i caratteri con cui si presenta qui, è criterio prezioso di localizzazione: esso cioè è nettamente localizzato, è vivo, è costante, si esacerba (o si provoca) colla percussione.

Considero importante anche quest'ultimo carattere: il dolore, provocato dalla percussione, deriva da un'offesa diretta recata su un punto infiammato o neoplastico, immediatamente sottostante.

È diverso il dolore, a tipo prettamente nevralgico o nevritico, il quale può trovarsi in sede, topograficamente ben distante da quella della lesione anatomica.

Nel caso nostro, il dolore della regione temporale, la quale è innervata dal 5°, considerato genericamente, potrebbe per es. esser segno di una lesione della protuberanza, tra i cui fasci emergono le radici del 5°, e infatti è ben frequente che il quadro clinico di un tumore della protuberanza si apra con una parestesia o una nevralgia, nel territorio del 5°.

Ma poichè con tutta evidenza, il dolore è qui sempre esacerbato dalla percussione, ed in certi periodi in cui tace il dolore spontaneo, è provocato invece da essa, e sempre in quel territorio ben delimitato, lo ritengo espressione diretta di una qualche lesione, immediatamente sottostante. In un caso analogo che feci pubblicare alcuni anni fa dal dott. Sinicco (Gazz. Ospedali, 1926) lo stesso fatto ci fu aiuto prezioso a una perfetta delimitazione di un tumore della regione frontale, che poi riscontrammo all'atto operativo. Il dolore squisito e localizzato, si dimostrò dovuto ad una aderenza circoscritta della dura al neoplasma, con viva e fine iniezione vasale di quel piccolo tratto di meninge, espressione di processo infiammatorio reattivo, in atto.

Nel caso attuale anche ora potete vedere che percuotendo anche leggermente, si provoca vivo dolore a destra su un territorio temporale, sottostante ad una linea che corre parallelamente all'arcata zigomatica, 4 a 5 centimetri sopra di essa, linea corrispondente all'ingrosso al decorso della grande scissura Silviana.

La sede del dolore indicherebbe dunque la faccia esterna del lobo temporale.

Il secondo fatto, importantissimo, è l'emianopsia omonima a settore, di cui vi presento lo schema.

malato dal dott. Mammoli, aiuto della Divisione Oculistica, a cui richiedemmo l'esame del fondo e del campo visivo, e che, in esami ripetuti, ci confermò sempre questo reperto: papilla da stasi e scotoma per il verde, il rosso, il bleu nel quadrante superiore sin. dei due lati; questo scotoma negli ultimi esami si estese anche al bianco, conformemente a quanto suole avvenire: che l'anopsia totale sia preceduta da quella pei colori.

Il *visus* che nei primi esami, nel campo conservato era di 10/10 bilateralmente, negli ultimi fu di 5/10 a d., di 4/10 a sin.

Occorre ch'io vi dica che emianopsia e ambliopia derivano da due meccanismi diversi?

Sapete bene che il difetto del *visus* che può giungere all'amaurosi, deriva dalla papilla da stasi, attraverso la nevrite e l'atrofia del n. ottico che le succedono.

È dunque conseguenza diretta dell'aumento generale della pressione endocranica.

Invece le ragioni anatomiche di ogni forma di emianopsia sono di stretta localizzazione. E l'emianopsia *a quadrante*, che è quella che qui ci interessa, deriva dal fatto che le fibre ottiche, dopo uscite dal corpo genicolato esterno si dividono in due fasci: superiore e inferiore. Quello inferiore (che supponiamo alterato nel caso nostro) che è costituito da fibre derivanti dal quadrante inferiore della retina, descrive un'ansa in avanti nel lobo temporale, contorna il polo anteriore del prolungamento temporale del ventricolo laterale, poi cammina sulla sua faccia esterna, e poi, sotto il prolungamento occipitale del ventricolo, per raggiungere il labbro superio-

Campo visivo *a* per il bianco; *b* per il verde; *c* per il rosso; *d* per il bleu.

La nozione precisa di questa *emianopsia a quadrante* è dovuta all'oftalmologo americano Adolfo Meyer, ma fu Cushing colla sua scuola che la utilizzò e la volgarizzò, per la diagnosi di tumore del lobo temporale.

Tale emianopsia ci fu segnalata nel nostro

re della *fessura calcarina*. Colpito in un punto qualunque del suo decorso, la sua lesione dà un'emianopsia dei quadranti superiori.

E l'esperienza clinica, per opera di Cushing e poi con osservazioni di Puusepp, di Moniz, e altri, ha legato tale forma di *emianopsia a quadrante* particolarmente ai tumori del lobo temporale: e precisamente l'emianopsia a quadrante superiore, a lesione della parte anteriore e bassa del lobo temporale del lato opposto, l'emianopsia a quadrante inferiore, a lesione della parte alta e posteriore di esso.

Non dico che questi rapporti siano assoluti, perchè per es. fu osservata un'emianopsia a quadrante superiore anche in casi di lesione delle bandellette; certo però essi sono i più frequenti e costituiscono buon criterio di localizzazione.

Questi due fatti: dolore, ben localizzato, in sede temporale, ed emianopsia a quadrante superiore sinistro, sono per me i pilastri di questa diagnosi di sede.

Voglio dire con ciò che abbiamo qui tutto quanto si può avere nei tumori del lobo temporale?

No certo: parliamo sempre del lobo temporale destro, le cui lesioni non danno i fatti così caratteristici dell'afasia sensoriale di Wernicke, propria del lobo temp. sinistro. Ma anche indipendentemente da ciò, esse possono dare turbe dall'andatura, convulsioni generali, speciali crisi sensoriali.

Convulsione generalizzata fu notata una sol volta nel nostro malato, l'andatura ebbe sempre caratteri leggermente atassici, e da ultimo ci fu tendenza alla deviazione a sinistra.

Anche questa forma di atassia, attribuibile a localizzazioni varie, nel caso nostro in cui si mantenne lieve, in cui non fu accompagnata da altri fenomeni della serie cerebellare e vestibolare, può ben interpretarsi come fenomeno collaterale della localizzazione temporale.

Ma di per sè non avrebbe certo un significato preciso.

In quanto alle turbe sensoriali, esse possono presentarsi sia in forma di *deficit* funzionale (ageusia, anosmia) sia in forma di crisi di disestesie sensoriali, di allucinazioni olfattive (costituenti le *crisi unciformi* di Jakson), o allucinazioni gustative o visive: fatti tutti che mancano nel caso nostro.

Ricorderete che Mingazzini ha tentato di dividere il lobo temporale, ai fini clinici, in 4 zone che sarebbero: i 2/3 anteriori, il terzo posteriore della faccia convessa del lobo; poi la faccia infero-posteriore del lobo (lobulo linguale e 1/2 posteriore del fusiforme) e da ultimo la metà anteriore della faccia inferiore (giro dell'ippocampo e dell'estremità anteriore del fusiforme).

A ciascuna di queste 4 sezioni, corrisponderebbe, nei tumori, una sintomatologia particolare.

Non possiamo dire che il seguito abbia confermato pienamente le vedute del compianto nevrologo romano.

Ma è inevitabile (e indispensabile per le necessità cliniche) che presto o tardi si arrivi a delle ampie distinzioni territoriali di un organo così vasto, e certamente complesso, quale è l'intero lobo temporale, distinzioni di cui nelle cose che vi ho detto non trovate che un primo abbozzo. Qui mi basta affermare che, dato tutto ciò, i dati positivi di cui disponiamo, anche in assenza di una sintomatologia completa, bastano alla diagnosi di localizzazione generica nel lobo temporale.

Stabilita così la sede della lesione, torniamo ai problemi gravi che ci siamo proposti:

Vi ha qui una lesione traumatica o un tumore?

Dissi che la lesione traumatica (esclusa la frattura cranica, esclusa la meningite emorragica reattiva) potrebbe essere: o il rammollimento emorragico, o l'encefalite emorragica reattiva, o l'ematoma.

Rammollimento emorragico, e encefalite sono certamente possibili conseguenze di un trauma del capo, anche senza frattura cranica.

In un ottimo lavoro di Rizzatti, pubblicato quattro anni or sono nelle *Note e Riviste di Psichiatria*, troverete ampiamente documentate queste possibilità.

Ma l'una e l'altra, mentre danno netti segni di focolaio, non sono atte a dare sindromi di compressione, specialmente così grave come nel caso nostro, in cui violenza di cefalea, e papilla da stasi con diminuzione ingravescente del *visus*, e *liquor* sotto forte pressione, furono tra i segni più imponenti del decorso morboso.

Più attendibile è l'ipotesi dell'ematoma, il quale può dare tutta la sintomatologia del tumore, anzi *clinicamente*, è un tumore, e quindi risponderebbe a quelle che sono le esigenze fondamentali della diagnosi nel caso nostro: stretto rapporto cronologico col trauma, sintomatologia del tumore, *liquor* fortemente emorragico. Ora, se è un ematoma, donde proviene? e dove è insediato? è sopra o sotto durale?

Escludo che sia sopradurale, per il carattere intensamente emorragico del *liquor*: l'ematoma sopradurale teoricamente non deve dare *liquor* emorragico; e se lo dà (per minime effrazioni che anche in questo caso possono avvenire nella dura) si tratta solo di lieve xantocromia o di una lieve tinta emorragica.

Inoltre l'ematoma sopradurale per lo più avviene nella zona *scollabile* di Marchand in regione parietale, meno frequentemente in zona frontale od occipitale, ben difficilmente nella fossa temporale. L'ematoma sottodu-

rale teoricamente si mantiene pur esso indipendente dalle vie di circolazione del *liquor* ma ben più facilmente, per la facile effrazione della leptomeninge il *liquor* assume un carattere emorragico che può andare dalla sola e tenue xantocromia alla presenza di sangue talora in gran copia.

In quanto a un *ematoma* propriamente detto che parta direttamente dalla leptomeninge, non lo credo ammissibile. L'emorragia traumatica della leptomeninge è certo possibile, ed è pur essa descritta, sia primitiva, sia tardiva rispetto al trauma; ma per la struttura ampiamente lacunare della leptomeninge, per la corrente di *liquor* che la percorre, essa non si presta a dare il vero e proprio ematoma, e i fatti di stretta e costante localizzazione che gli son legati e quali si presentano nel caso nostro.

Perciò se un ematoma dobbiamo ammettere, esso sarà sottodurale, in fossa media.

* * *

L'altra possibilità è che si tratti di tumore vero, in senso anatomico.

Vi dissi già, che la sintomatologia clinica risponde assai bene al concetto di tumore.

Criteri differenziali assoluti tra l'ematoma e il tumore, in questo caso non saprei darvene.

Penso tuttavia che depongano in favore del tumore: la papilla da stasi, grave e progressiva, e il comportamento del *liquor*.

La papilla da stasi si presenta anche nell'ematoma, ma più raramente.

Il comportamento che ebbe il *liquor* nei riguardi del carattere emorragico, è in questo caso criterio differenziale più importante. Nella prima puntura il sangue commisto fu assai abbondante, la xantocromia intensissima: ciò è più proprio di un ematoma, ma non osta al concetto di tumore il quale, in determinati momenti, può esser sede di emorragie anche cospicue.

Ma nell'ultima puntura l'aspetto emorragico è grandemente attenuato, la xantocromia si è fatta lievissima, mentre d'altra parte il quadro morboso generale pur attraverso ad oscillazioni, proprie a tutti i lunghi decorsi, è andato aggravandosi.

Dobbiamo concluderne che la massa endocranica comprimente è aumentata, senza che ciò sia dovuto a nuovo sangue effuso, e credo che non sia illazione artificiosa il trarre argomento da ciò a propendere per il neoplasma. E ciò Vi spiega anche perchè, nei primissimi giorni di degenza, diagnosticai: *ematoma sottodurale*, mentre oggi, dopo svoltisi questi fatti, concludo per il neoplasma: neoplasma del lobo temporale destro, che per la sua tendenza emorragica, è probabilmente un glioma e quindi originato dalla massa cerebrale e non dalle meningi.

Però l'intenso dolore che si provoca alla pressione della zona colpita mi fa ritenere che la meninge sia in quel tratto, interessata, probabilmente per aderenze infiammatorie alla massa neoplastica.

* * *

Esaurito, per quanto mi fu possibile, il problema diagnostico, resta il problema eziologico che qui assume una particolare importanza medico-legale per il trauma apportato colposamente al paziente, e che ha preceduto immediatamente il quadro morboso.

Su questo punto, su cui già il magistrato mi ha interrogato, e a cui risposi colle maggiori riserve, anche ora sarò estremamente cauto.

Se il seguito confermerà il concetto di ematoma, certamente dovremo legarlo al trauma, non potendo ammettere l'*ematoma spontaneo* in un giovane sano, non bevitore, non luetico.

L'ematoma durale traumatico ben conosciuto nella sua storia clinica, approfondito in ogni dettaglio per la sua importanza chirurgica e medico-legale, troverebbe corrispondenza nell'andamento del caso nostro, rispondente ad una delle modalità più frequenti: primi fenomeni immediati, *intervallo libero* rispetto alla più grave sintomatologia successiva, andamento, nel complesso, progressivo e minaccioso.

Certo però che il giorno in cui si imponesse, ai fini della giustizia, una esauriente discussione medico-legale, il rapporto tra trauma e ematoma temporale, dovrebbe essere subordinato a criteri varii; l'entità e la natura del trauma, la sede in cui questo agì, il rapporto tra questa sede e la sede dell'ematoma, la possibilità di stati patologici preesistenti, o di condizioni costituzionali che abbiano agito da concause, ecc.

Una tale discussione sarebbe oggi intempestiva.

Volgiamoci invece per un istante all'altra possibilità; quella del tumore.

Se un rapporto generico, nel caso dell'ematoma, dovrà essere ammesso, invece ardua sarà la risposta ove il prossimo avvenire dovesse assodare la diagnosi di tumore a cui oggi maggiormente mi accosto.

Sapete già dalla patologia generale come il rapporto tra trauma e tumore, genericamente è ammesso. Ma dagli imponenti contributi portati a questo problema dai patologi, dai chirurghi, dai medici legali, risulta pure quanto difficile sia il valutare questa possibilità di rapporto, nei singoli casi.

E anche nel caso nostro, nel quale deve essere prospettata l'eventualità di una grave responsabilità penale, pensate quanto si debba essere prudenti nel concludere.

Parrebbe che anche se si tratti di tumore, l'immediatezza con cui la sintomatologia tenne dietro al trauma, con assenza di ogni fatto precedente, dovesse deciderci a considerarlo come elemento causale.

Ma ricordiamo quante volte si sia dimostrato all'evidenza che tumori latenti furono solo che *rivelati* da circostanze accidentali, tra le quali un trauma!

E ricordiamo che un patologo come Lubarsch, nel riferire su questo Tema al Congresso Internazionale di infortunisti del 1912, ha affermato che fino allora, una prova sicura che *un'azione violenta unica* possa direttamente provocare la formazione di un tumore, non era stata data!

Per ciò, nell'eventualità del tumore, il problema medico-legale dovrà essere affrontato con grande ponderazione, e col massimo numero di elementi di fatto, alcuno dei quali oggi possiamo solo supporre, e che l'avvenire è destinato a precisare.

Tale per es. la natura istologica del tumore (dato che alcune forme, sembrano più facilmente provocate dal trauma); così, la vastità del tumore, le eventuali traccie di una lesione traumatica, su cui il tumore si sia impiantato, ecc.

È probabile che tutto ciò dovrà essere discusso in sede forense.

*
* *

Quale condotta dobbiamo tenere dinanzi al nostro malato?

La terapia medica è impotente: potrà provvedere sintomaticamente contro singoli fenomeni: null'altro.

La puntura lombare potrà pur essa essere, come fu da principio nel nostro malato, rimedio sintomatico, diminuendo la pressione, e quindi alleviando cefalea, sofferenza del nervo ottico e anche sottraendo materiale ematico all'assorbimento, il quale pare sia capace (secondo antichi concetti di Mugnet, e secondo più recenti esperienze di Barré e Guillaume), di determinare dei fenomeni tossici di carattere astenico e anche di carattere demenziale nei casi di emorragie meningee. Ma l'indicazione a ripetute punture è discussa, ove si tratti di emorragia: è nulla, se si tratta di tumore. Neppure la radioterapia ha indicazione, propendendo al giudizio di versamento emorragico traumatico.

Dobbiamo dunque rivolgerci all'intervento chirurgico.

Poichè siamo convinti che c'è una compressione determinata da una massa, che crediamo di poter localizzare, anche se conserviamo dei dubbi sulla sua natura, si impone l'intervento chirurgico, il quale agirà decomprimendo, e, eventualmente, asportando la causa della ipertensione.

Fenomeni generali di compressione endocranica con papilla da stasi, impongono la trapanazione anche se la causa non si può localizzare: solo a questo patto si salverà il *visus* da ulteriori patimenti, e ciò per un tempo più o meno lungo, durante il quale sarà talora anche possibile provvedimento chirurgico più radicale, o trattamento radioterapico. Quando poi la localizzazione è probabile, o almeno possibile, la trapanazione avrà indicazione ancora più netta ed urgente.

Convinti di tutto ciò, invocammo l'intervento fin dai primi giorni della degenza, e il malato passò in Divisione Chirurgica con diagnosi di *ematoma sottodurale traumatico della fossa media di destra* e colla richiesta di trapanazione in sede temporale destra, alla Cushing.

Modificazioni pervenute nello stato del malato dopo il suo passaggio, trattennero l'opera del chirurgo; e il malato, dopo alcune settimane, ripassò da noi non operato, in uno stato di aggravamento che pareva preludere all'*exitus*, e con spiccati fenomeni meningei.

Fortunatamente, regredito alquanto lo stato di estrema gravità in cui fu per qualche tempo il paziente, quasi cessati i fenomeni meningei, ci troviamo di nuovo in condizioni *permettenti* un intervento. Benchè nel frattempo il nostro concetto sia andato spostandosi dall'ematoma verso il neoplasma, crediamo ancora che l'intervento sia indicato, e perciò in accordo colla Divisione Chirurgica, ripassiamo il malato ad essa collo stesso programma operativo: una trapanazione decompressiva in 1° tempo, e, a seconda del reperto, lo svuotamento di un ematoma o l'exeresi di un tumore.

Non mi nascondo le poche probabilità di un esito completamente felice, nell'eventualità, a cui oggi credo maggiormente, del neoplasma poichè se si tratta, come penso, di un glioma emorragico, il quale ha tendenza invadente e destruente, non avremo purtroppo che un risultato temporaneo.

Comunque, questa è la via che l'arte ci addita, e noi dobbiamo seguirla.

Aggiunta:

Il malato passato in Divisione Chirurgica fu sottoposto alla pneumoencefalografia. Malgrado il procedimento affatto regolare del piccolo intervento, l'ammalato nelle ore successive si aggravò rapidamente, e venne a morte.

Del reperto di autopsia (prof. Fabris) riporto solo ciò che riguarda il capo.

« Nell'estrarre il cervello, il lobo temporale d. apparisce occupato da una grossa bozza bernoccoluta che aderisce intimamente alla dura madre della fossa media...

La massa ha la dimensione di una grossa prugna...

Si fissa il cervello *in toto* in formalina e, dopo 8 giorni si praticano i tagli interni.

Il tumore si può esattamente localizzare nella sua superficie libera inferiore come occupante il 3° medio della circonvoluzione temporo-occipitale mediale e laterale, cioè del giro linguale e del giro fusiforme.

Esso va perciò a confinare, medialmente colla scissura di Bichat e la regione dei peduncoli cerebrali, lateralmente colla circonvoluzione temporale terza o inferiore, che viene da essa lateralizzata ma per nulla intaccata.

Lungo quest'ultima linea di confine si apre spontaneamente una profonda fessura che adduce alla cavità del ventricolo laterale corrispondente. Divaricando ogni poco questa fessura si penetra nel corno temporale del ventricolo, mentre il tumore tende a snocciolarsi spontaneamente dalla cavità del ventricolo, in cui faceva ampia ernia...

Abbracciando il tumore nel suo intero volume esso è paragonabile a quello d'una grossa noce.

In varii tagli frontali esso si rivela macroscopicamente composto quasi solo da una massa sanguigna abbastanza omogenea, di colorito cruoroso, salvo che nella parte centrale, a ridosso del ventricolo dove assume variegature siderotiche e colore più torbido: a questa porzione è adeso un tessuto roseo, che il microscopio deciderà se rappresenta tessuto neoplastico ».

L'ulteriore esame istologico (prof. Fabris) conduce alla diagnosi di: *tumore meningeo a tipo angiogliomatoso fuso-cellulare emorragico.*

Il caso sarà ulteriormente illustrato dal prof. Fabris sotto il punto di vista istologico e medico-legale.

Settembre, 1932.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI PATOLOGIA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI CAGLIARI

Sulla tiroidite suppurativa.

Prof. F. PUTZU, direttore incaricato.

Nella seduta del 10 aprile 1932 della Società dei Cultori di Scienze mediche e naturali di Cagliari il dott. Augusto Costa, prendendo occasione da una comunicazione del dottor G. Giunti, ricordava un caso di tiroidite suppurativa osservato diversi anni fa nell'Ospedale Militare di Cagliari.

Poichè tale osservazione si riferisce ad un caso da me operato nel Riparto chirurgico di detto Ospedale, quand'io lo dirigevo, come lo stesso dott. Costa precisò, l'accenno fattone m'invoglia ad illustrarlo brevissimamente insieme con un altro caso operato più tardi in clientela privata coll'assistenza del dott. Sisinnio Caocci, libero esercente in questa Città.

CASO I. — S. G., d'anni 29, soldato, da Sanluri.

Nulla nel gentilizio, nè nei precedenti personali. Dodici giorni addietro, in pieno benessere, fu colto da brividi di freddo, seguiti da febbre elevata e continua e da dolori alla regione sottoioidea destra, che nel giorno seguente si tumefò. Ritenuto affetto da tonsillite il paziente fu ricoverato nel I Riparto medico dell'Ospedale Militare di Cagliari, dal quale, persistendo febbre elevata ed essendo aumentata la tumefazione al collo, il 20-2-1919 fu passato al Riparto chirurgico da me diretto.

Individuo di costituzione robusta, con masse muscolari ben sviluppate, senza alterazioni apprezzabili a carico degli organi toracici od addominali; di colorito pallido e di aspetto assai sofferente. Febbre elevata (39°-39°,5), polso frequente (100-110), respiro pure frequente, tosse stizzosa, secca, disfagia, stitichezza, dolori intensi spontanei e provocati alla regione anteriore del collo, ove si rileva una tumefazione del volume di un uovo di pollo circa, posta tra la linea mediana e lo sterno-cleido-mastoideo destro, il giugulo e l'osso ioide, ricoperta da cute edematosa e di colorito pallido. La tumefazione, che alla pressione è dolorosissima, presenta la massima prominenza all'altezza della cartilagine tiroide, ove lascia percepire pure sensazione di fluttuazione profonda. Praticata una puntura esplorativa, se ne ottiene un essudato purulento, che seminato in brodo ed in agar dà poi sviluppo allo stafilococco aureo in coltura pura.

La sede della tumefazione, la sua spostabilità coi movimenti di deglutizione, la profondità raggiunta dall'ago esploratore fecero localizzare il focolaio suppurativo nella ghiandola tiroide e precisamente nel lobo destro, ciò che poi fu precisato meglio dall'intervento operativo con incisione a strati. Il processo suppurativo aveva fuso tutto il lobo destro della ghiandola.

Il decorso post-operatorio fu regolare e la guarigione fu raggiunta in 35 giorni.

CASO II. — R. A., d'anni 23, casalinga, nubile, da Belvì.

Giovane di regolare costituzione scheletrica, senza precedenti familiari e personali, con sviluppo muscolare discreto e cellulare sottocutaneo ben conservato. Le mestruazioni, iniziatesi a 13 anni, si mantennero sempre regolari per qualità, quantità, durata ed intervalli; apparato linfatico normale, nulla agli organi toracici od addominali.

Due settimane addietro, dopo qualche giorno di malessere e di sensibile stanchezza e depressione fisica, avvertì mal di gola e raucedine; contemporaneamente andò ingrossandosi la regione anteriore del collo, ove sentiva dolore acuto. Chiamato il Medico di fiducia, egli ordinò cataplasmi, ma, avendo visto aggravarsi le condizioni dell'ammalata, mi richiese in consulto il 7 marzo 1927.

Trovai la paziente in subdelirio, con febbre a 39°,8, polso a 120, respiro affannoso, quasi dispnoico, disfagia; regione anteriore del collo tumefatta, edematosa, più accentuatamente nella metà destra e subito sotto il margine della cartilagine tiroide, che era appena palpabile, ove si notava leggero arrossamento ed alla palpazione si percepiva lieve sensazione di fluttuazione profonda. Alla puntura esplorativa si ebbe esito di essudato purulento, che, seminato nei comuni terreni di coltura, diede poi sviluppo allo stafilococco aureo.

Accettato l'intervento immediato, con un'incisione a strati fu aperto il focolaio suppurativo che aveva sede nel lobo destro della tiroide, di cui aveva già perforato la capsula; drenaggio con garza sterile.

Decorso post-operatorio regolare; guarigione in 40 giorni.

In questi due casi il focolaio suppurativo era unico e primitivo della tiroide; non si riuscì infatti a rintracciare alcun altro focolaio infettivo vicino o lontano, nè alcuna malattia infettiva generale in atto o pregressa.

Ritengo perciò di essere autorizzato a classificarli tra i casi di tiroidite suppurativa primaria, contrariamente all'opinione di coloro che sostengono essere la tiroidite acuta sempre secondaria a precedenti infezioni locali od a malattie infettive generali (Bourgeois e Menormand).

Altre osservazioni antiche e recenti confermano l'esistenza della tiroidite suppurativa primaria: per limitarmi nelle citazioni, ricorderò solo quella recentissima del Giunti, già accennata, controllata all'autopsia. Come nei miei, nel caso del Giunti non furono rinvenuti altri focolai suppurativi, nè traccie di malattie infettive generali.

È presumibile (e nulla si oppone ad ammetterlo) che, come per altri organi, anche per la tiroide, in questi casi i germi, penetrati attraverso le tonsille od altri tratti dell'apparato digerente, giungano pei linfatici o per le vie sanguigne direttamente alla ghiandola senza l'intermezzo di altre stazioni d'infezione.

Questa appunto mi pare sia stata la via seguita dai germi infettanti nei miei casi come in quello del Giunti.

Non voglio negare con ciò che le tiroiditi acute nella grandissima maggioranza dei casi siano secondarie ad altri focolai d'infezione od a malattie infettive generali (tifo, scarlattina, vaiuolo, polmonite, influenza, ecc.). Non di rado anzi l'agente che provoca il processo locale è lo stesso germe agente della malattia infettiva primaria solo od in associazione con altri germi patogeni.

Alcune volte però non appare chiaro il rapporto etiopatogenetico voluto trovare da qualche autore tra tiroidite e malattia primaria, come ad es. nelle tiroiditi da malaria descritte da Zesas e da Ceballos e Gomez, in cui l'infezione della tiroide deve considerarsi come un'evenienza fortuita da germi patogeni comuni. In tali casi tutt'al più è ammissibile che la malaria abbia agito da causa predisponente. Infatti nel caso di Ceballos e Gomez fu isolato lo strettococco, al quale è da attribuirsi la tiroidite. In casi simili dunque si deve parlare non di tiroidite da malaria, ma di tiroidite in individui malarici.

Il processo spesso si localizza in un solo lobo, prevalentemente nel destro, meno di frequente è bilaterale, più di rado colpisce il solo lobo sinistro: De Quervain su 44 tiroiditi, ne trovò 15 bilaterali, 20 del lobo destro e 9 del sinistro.

Senza indugiarmi sull'anatomia patologica della tiroidite acuta, ormai ben conosciuta in tutte le particolarità, mi limiterò a far rilevare che nelle mie osservazioni il processo era localizzato al lobo destro della ghiandola che era stato trasformato in una sacca purulenta con completa fusione tanto dello stroma che del parenchima. L'incisione tempestiva e il drenaggio condussero alla guarigione senza complicazioni di sorta, rispettivamente in 35 ed in 40 giorni.

La diagnosi, fondata sui sintomi infiammatori generali e locali ben limitati e precisati e sui segni di compressione provocati dall'aumento di volume dell'organo colpito (disfagia e disfonia), convalidati dall'esito della puntura esplorativa, fu facile ed esatta.

E di solito il diagnostico in casi, come i miei, a sintomatologia infiammatoria generale e locale netta, con fenomeni indicanti fatti di compressione da parte della ghiandola ingrossata, quali disfagia, disfonia, ecc., non presenta serie difficoltà.

Ma accanto si presentano casi a decorso rapido da germi a virulenza esaltata, che tendono a diffondersi o negli strati connettivali del collo, o verso il faringe e l'esofago, o verso la trachea, le pleure ed i mediastini, provocando una sintomatologia così tumultuosa da rendere

assai difficile od anche impossibile la identificazione e l'ubicazione del focolaio primitivo.

Ad es. nel caso riferito dal dott. Giunti la lesione che aveva provocato disfagia e dispnea, per la presenza di edema del laringe e del faringe fu scambiata con un ascesso faringeo, che fu inciso con apparente beneficio temporaneo, seguito a meno di 24 ore da morte quasi repentina, la quale fu attribuita all'azione compressiva della tiroide tumefatta sul vago.

In un altro caso, citato dal prof. Aresu nella medesima seduta del 10 aprile 1932 della predetta Soc. tra i Cultori, l'infezione s'era propagata al connettivo periesofageo, provocando una periesofagite che determinò la morte dell'infermo prima ancora che venisse stabilita la diagnosi.

Questi rilievi dimostrano la facilità con cui si può errare la diagnosi e la necessità di sfruttare tutti i mezzi diagnostici che sono a nostra disposizione, fra i quali importantissima la puntura esplorativa che può essere sempre ed impunemente praticata.

Di solito però il processo tende a farsi superficiale e si vuota all'esterno sia spontaneamente, sia in seguito all'intervento operativo, raggiungendo regolarmente la guarigione.

Qualche volta si è notata la persistenza di una fistola, dovuta alla presenza di porzioni di parete di cisti suppurate; la loro asportazione fece raggiungere rapidamente la guarigione.

Furono notati pure fenomeni di ipotiroidismo per distruzione di tutto il parenchima ghiandolare; sono complicazioni affatto eccezionali, certo assai più rare delle manifestazioni di ipo- e di ipertiroidismo che possono comparire nelle tiroiditi acute secondarie a malattie infettive generali.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce ed illustra brevemente dal lato etio-patogenetico ed anatomo-clinico due casi di tiroidite suppurativa primaria trattati operativamente con esito in guarigione.

BIBLIOGRAFIA.

ALEXANDRESCO-DERSCA e JONNESCO. Paris médical, n. 9, 1932.

BOURGEOIS e MENORMAND. In ZAPIOLA e MORENO, v. sotto.

A. CEBALLOS e O. GOMEZ. Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugia de Buenos Aires, t. XV, n. 9, 10-6-1931.

GIUNTI. Policlinico, Sez. pratica, XXXIX, n. 38, 19-9-1932.

LENORMANT. *Trattato di Patol. chirurgica*, v. II, Vallardi, Milano.

ZAPIOLA e MORENO. La Semana medica, a. XXXII.

ZESAS. In LENORMANT, 1 c.

NOTE E CONTRIBUTI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PADOVA

diretto dal Prof. C. FRUGONI.

Fisiopatologia della meccanica respiratoria dell'apice polmonare

per il dott. GIOVANNI RENOSTO, M. int.

Durante il periodo steto-anatomico della ascoltazione polmonare, con la suddivisione all'estremo dei cosiddetti « rumori avventizi », si è arrivati ad immaginare tutta una gamma di sfumature, di tinte, di interpretazioni personali, che nella pratica corrente non possono, in realtà, servire, e non raramente si prestano a dare confusione.

Oggi, con la scuola moderna, di fronte certe sfumature particolari, di fronte certi rumori difficili ad interpretare, conviene dire che in un certo punto esistono rumori avventizii, senza altri dettagli di acustica, che potrebbero pregiudicare la natura di detti rumori, con ripercussione evidente quindi e sulla diagnosi e sulla prognosi, talora contrari alla realtà. (H. Jumon).

Questi rumori ad interpretazione dubbia non sono rari nell'ascoltazione polmonare e possono rivestire molteplici aspetti. Il compito per ora prefissomi mi porta a considerare alcune di queste modificazioni steto-acustiche in una zona particolarmente importante in patologia polmonare: l'apice.

L'alta frequenza con la quale la tbc. s'insedia all'apice, e dall'altro lato la credenza che quasi solo la tubercolosi in detto zona inizii, ha portato al concetto assiomatico che le modificazioni semeiologiche dell'apice sieno sinonime di tubercolosi. Ora è dimostrato che anche altre malattie possono localizzarsi all'apice e decorrere cronicamente con sintomatologia subbiettiva ed obbiettiva identiche alla tbc.: le micosi (Boeri); la maltese (De Brun, Boeri), ecc.; non solo, ma è dimostrato anche che vi possono essere modificazioni semeiologiche dell'apice puramente funzionali, indipendenti da qualsiasi lesione del parenchima. E' noto infatti che i giovani, i quali per qualunque ragione hanno una narice ostruita, hanno una incapacità respiratoria dell'apice corrispondente (Sieur), così come la paresi del diaframma destro nelle affezioni epatiche, induce una diminuzione del murmure all'apice destro (F. Ramond e François, Sergent, ecc.).

Lo scopo appunto di questo lavoro consi-

ste nel porre in valore il giuoco dei fattori che regolano l'espansione dell'apice, e che, come vedremo, sono capaci, modificandone la mobilità, di modificare il normale reperto ascoltatorio.

L'apice è la zona polmonare libera che gode minore libertà di movimento. Le ragioni pel suo determinismo risiedono in quei fattori fisio-meccanici che regolano l'espansione dell'apice. Tali fattori sono rappresentati essenzialmente dall'innalzamento delle prime costole e dalle modificazioni di capacità della cupola pleurica.

La dilatazione toracica, causa determinante dell'espansione polmonare, durante la inspirazione, avviene in parte e maggiormente per il sollevamento delle costole, in parte per la contrazione del diaframma. La contrazione dei muscoli respiratori abituali (m. intercostali), potendo far muovere le costole intorno ai loro assi, grazie alle articolazioni vertebrali, le fa sollevare in modo che la distanza della loro estremità anteriore dalla colonna aumenta e il contorno laterale è portato in fuori. Tale innalzamento dilata quindi il torace in direzione sagittale e trasversale. Ora è logico che quanto maggiore è l'inclinazione e la lunghezza delle coste, tanto maggiore è l'ingrandimento della cassa toracica; per ciò quindi a livello delle prime coste che sono le più corte e le più orizzontali, la dilatazione del torace è anzitutto per questo pochissimo sensibile, ma soprattutto perchè il movimento delle prime coste dipende da muscoli, nella respirazione ordinaria pochissimo attivi.

Altra condizione che va dipari passo con lo innalzamento delle prime costole, per l'espansione dell'apice, è il variare di capacità della cupola pleurica. La sommità della cupola, quella che gode maggior libertà di espansione, è contenuta in una specie di loggia che ne permette le modificazioni. Tale loggia o cavità sopraclavicolare, può essere considerata come una piramide triangolare il cui apice è diretto in alto e la base guarda in basso e che sovrasta alla estremità superiore della pleura e del polmone. Delle pareti della piramide, quella laterale è costituita essenzialmente di pelle, sottocutaneo e dalle due fascie superficiale e media. La parte posteriore è formata dallo splenio, dall'elevatore della scapola e dallo scaleno medio e posteriore. La parete mediale è formata dallo scaleno anteriore. La loggia contiene inoltre numerosi e grossi vasi, fasci nervosi, linfoghiandole e tessuto adiposo. L'apice del polmone con la cupola pleurica è contenuto nella porzione mediale della loggia.

L'ampliamento della loggia è dovuto specialmente alla contrazione degli scaleni, avviene quindi ad ogni atto respiratorio nel grado consentito dall'efficienza dei muscoli. L'ascesa della cupola viene facilitata da quel gruppo di fasci fibro-muscolari che viene detto apparecchio sospensore della pleura (Bourgery, Zuckerkandl, Sébileau).

E' facilmente comprensibile quindi come, data la conformazione ossea e muscolare della regione dell'apice, la possibilità di espansione di questo sia ridotta; non per questo intendendosi dire, che nell'individuo a costituzione normale, sia anche insufficiente, il che è evidentemente contrario alla realtà.

I movimenti sussidiarii dell'espansione dell'apice sono: l'innalzamento dell'estremità superiore dello sterno e i movimenti di lateralità e flessione del capo.

Sollevandosi e portandosi in avanti, le costole, anche lo sterno si porta in avanti e in alto, così che l'inserzione sternale della prima costola s'innalza.

I muscoli, a cui spetta il movimento delle prime coste, e che assieme ai tegumenti, adipe, vasi, costituiscono la loggia apicale, entrando maggiormente in contrazione nei movimenti di lateralità, flessione del capo, da un lato agiscono maggiormente sulle costole, dall'altro inducono mutamenti di ampiezza della cupola pleurica, facilitando la mobilità e l'espansibilità dell'apice; ciò che è chiaramente dimostrato con la manovra del Koranji e soprattutto dalle modificazioni di ampiezza e di sonorità apicale ottenute medianti speciali movimenti (L. Picchini).

La somma di tutti questi fattori nell'individuo sano e di costituzione regolare, assicura una normale aereazione dell'apice.

Immaginiamo ora che cosa avvenga in un torace in cui la costituzione delle ossa e dei muscoli sia in tale guisa da ridurre il rendimento della loro attività. Che cosa avviene, per es., in un torace astenico? Ridotto è il movimento della prima costa, perchè il cingolo costale superiore è abnormemente ristretto e spesso calcificata la prima cartilagine costale. Inoltre minimissimo è il sollevamento dell'estremità superiore dello sterno, quando l'angolatura del corpo col manubrio è pronunciata (angolo del Louis). La spinta di sollevamento dello sterno è annullata a livello della articolazione. Avviene come quando nell'infiggere un chiodo non perfettamente diritto,

la potenza conferita dal colpo di martello sulla testa del chiodo, anzichè trasmettersi alla punta che si infigge, si esercita sulla curva accentuandola.

Ma soprattutto giuoca grandissima importanza l'ipotonicità dei muscoli respiratori che dipende dall'ipotonicità muscolare. Quindi modificazioni di capacità della loggia, movimenti sussidiari dell'apice sono notevolmente ridotti.

Tutte queste condizioni hanno la loro massima espressione nel torace astenico; ma va da sè che essendo l'ipotonia dei muscoli la causa più importante che modifica l'ampiezza dei movimento respiratorii, questa condizione è facile a verificarsi sia che compaia come fattore costituzionale, sia che sopravvenga nel corso di malattie specie se croniche ed esaurienti.

Ciò quindi fa ritenere logico il fatto che taluni individui possano avere un'insufficienza respiratoria dell'apice puramente in via meccanica, non per lesioni del parenchima polmonare.

La conferma di quanto ho esposto risiede specialmente in due fatti:

1) che la tosse può far apparire un murmure vescicolare normale in un apice prima silenzioso;

2) che uno sforzo di tosse anche moderato, può permettere alla radioscopia di giudicare nella maggior parte dei casi del rischiaramento degli apici.

E' perchè avviene questo? Appunto perchè sotto il colpo di tosse entrano in giuoco muscoli ausiliari della respirazione e si contraggono muscoli prima inefficienti, e la contrazione esagerata solleva da un lato le prime coste, dall'altro porta un ampliamento della cupola pleurica, favorendo quindi le condizioni di ventilazione dell'apice; mentre nello stesso tempo l'espirazione violenta che accompagna la tosse produce un aumento improvviso della pressione d'aria negli alveoli dilatandoli, e inducendo quelle modificazioni del circolo polmonare che diremo.

La semeiotica inoltre, mediante lo studio delle modificazioni della sonorità apicale (L. Picchini), conferma questa mancanza di mobilità dell'apice « negli ammalati cachettici, con grande esilità e deficienza della forza muscolare », nei cifoscoliotici, ecc. D'altra parte ancora la radiologia ha dimostrato (Bianchi) che il fenomeno di Kreuzfuchs non ha che un valore scarsissimo per la diagnosi di lesione apicale.

Dovendo quindi ammettere una scarsa ventilazione dell'apice, ne viene di conseguenza un'altra considerazione molto importante pel fatto che la meccanica respiratoria esercita un'influenza sulla circolazione sanguigna e linfatica.

Da un lato, durante la dilatazione degli alveoli polmonari avviene uno stiramento della rete capillare in essi contenuta e quindi un allungamento e stringimento del lume vasale, da risultarne una notevole diminuzione di capacità dei medesimi. Cambiamenti opposti avvengono nell'espirazione (Funcke e Latschemberger). Dall'altro lato le oscillazioni respiratorie della pressione nel cavo toracico favoriscono nell'espirazione la corrente centrifuga, nell'inspirazione la corrente centripeta (venosa e linfatica). (Heinricius e Kronecker),

Quindi nell'insufficienza respiratoria dell'apice anche la circolazione capillare può essere impacciata; da ciò due fatti: rilievo nella parete dell'alveolo dei capillari turgidi, che dato il grado di persistenza e di intensità può spingersi fino alla trasudazione. I rilievi semeiotici in tale càso (respiro scarso o rude o rantoli) giustificano il sospetto di una lesione apicale.

Il meccanismo di produzione di tali rantoli potrebbe essere dovuto, senza ricorrere alla trasudazione intraalveolare, al fatto che le pareti alveolari collabite si staccano durante lo sforzo inspiratorio.

Montgomery ed Eckardt hanno dimostrato che se si insuffla lentamente attraverso un bronco un polmone collabito di un animale, si percepisce durante tutto il tempo dell'insufflazione dei rantoli crepitanti: non è che al momento in cui il polmone acquista il suo volume fisiologico che compare il murmure vescicolare. Questi rantoli, che significano la ripresa di una regione atelettasica, Brouardel li ha chiamati: râles crépitants de déplissement.

L'interpretazione, direi, meccanica, di alcuni rumori dell'apice, è un'interpretazione che talora soddisfa, e che fino anche a un certo punto può essere provata.

E' corrente osservazione che malati da lungo tempo a letto o nella convalescenza di malattie croniche, esaurienti (reumatismo, tifo, ecc.), possano presentare irregolarmente e per un certo tempo (2-3 settimane), dei rumori fini all'apice, senza risentimento delle condizioni generali. Per lo più con il ritorno allo stato di salute i rantoli spariscono, e il ricordo di questa osservazione obbiettiva ri-

mane come ricordo forse di un errore di ascoltazione; perchè — insisto — non sono tenaci, persistenti, rilevabili comodamente, ma bisogna coglierli al mattino, appena l'individuo è svegliato e non abbia compiuto profonde inspirazioni: sono rumori fantasma.

Il Sergent attribuisce questi rumorettini fini in soggetti in buone condizioni, senza segni che permettano di parlare di impregnazione tbc. alla pleurite dell'apice. Non di quella pleurite che è reazione di lesione parenchimale, ma di quella che sembra riassumere tutto il processo patologico, e che nella sua espressione più tipica si presenta come una placca che avvolge a cupola l'apice. Tale lesione è relativamente frequente. La presenza di questa placca può fornire l'interpretazione di buon numero di sintomi reali e di altrettanti errori. La nozione anatomo-patologica della pleurite apicale, spiega spesso — secondo Sergent — il silenzio o la diminuzione del murmure la presenza di sfregamentini che definisce come leggeri e circoscritti, e che un orecchio distratto o insufficientemente esercitato confonde con rantoli; numerosi rantoli secchi intesi in legioni di tbc. apirettici e in buono stato generale non sono spiegabili con altra interpretazione, e chi sa ancora se talora il respiro ruvido, aspro non sia in realtà il fatto di sfregamenti rudi.

Tutto ciò è innegabile. Non credo di ammettere che la frequenza di questi rumori coincida sempre con la presenza di una pleurite dell'apice, perchè il reperto di rumori dubbi all'apice è di molto più frequente della constatazione anatomo-patologica della pleurite dell'apice nel senso descritto dal Sergent.

Dovendo poi ancora ribadire il concetto che questi rantoli che hanno come carattere importante l'estrema labilità, si percepiscono in genere in individui che non presentano nessun segno di impregnazione tubercolare e nei quali il reperto di rumore all'apice è occasionale. Sono individui predisposti costituzionalmente, ma che riconoscono in genere come causa determinante il lungo allettamento. E' difficile che un individuo presenti rumori abnormi all'apice, per il semplice fatto di una insufficienza respiratoria, ma certo è che modificazioni del murmure vescicolare sono possibili entro limiti così vasti e tali che io, ove altri elementi non soccorrano, non saprei valutare.

Ricordo però il caso di un giovane uomo sofferente da lungo tempo di rigidità dei muscoli del collo da causa reumatica, il quale presentava dei rumori evidentissimi agli apici nell'inspirazione, e che gradatamente sparirono con il migliorare della forma morbosa di cui era affetto.

L'atelettasia dell'apice è piuttosto poco frequente perchè molto influiscono quei movimenti che ho chiamati movimenti sussidiarii della respirazione: rotazione, flessione, estensione del capo. È già stato detto che questi movimenti, che modificano la capacità della loggia pleurica modificano in conseguenza la mobilità dell'apice, ciò che spiega anche come meno frequentemente si arrivi al grado estremo che sopra ho descritto.

Certamente che le cause predominanti e più importanti di insufficienza respiratoria dell'apice sono dovute a lesioni pleuriche o parenchimali, ma per non incorrere in erronei apprezzamenti vanno tenute presenti quelle deficienze o mancanze di modificazioni dei tessuti circostanti dell'apice, i quali costituiscono la loggia sopraclavicolare.

Questo concetto dell'insufficienza respiratoria dell'apice (concetto antico), sia in via occasionale (malati da lungo allettati), sia in via costituzionale, può arrecare o temporaneamente o costituzionalmente una minore « dignità biologica » di questa zona del polmone, ciò che potrebbe spiegare la sua particolare morbilità di fronte alla tbc. Si tratterebbe, in altri termini, di una porzione, per così dire, distrofica del polmone.

RIASSUNTO.

L'A., in base a considerazioni fisio-patologiche, richiama l'attenzione sulla possibilità che taluni rumori dell'apice polmonare ad interpretazione dubbia possano essere espressione di una insufficienza respiratoria dell'apice stesso puramente funzionale.

SUNTI E RASSEGNE.

ALLERGIA.

Alcuni importanti problemi di allergia.

(G. H. BLACK. *The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 2 luglio 1932).

Sebbene la cura dell'allergia sia discretamente soddisfacente, è sempre una cura empirica e rimane oscuro il meccanismo col quale si ottiene la disensibilizzazione specifica.

Basi per l'influenza ereditaria. Certo nell'allergia ereditariamente si trasmette qualche cosa, la così detta « tendenza » all'allergia, senza che anatomicamente si possa dare una base a questa tendenza. Il fatto che spesso la sensibilità è multipla indica che ci dev'essere una anormalità fondamentale, che potrebbe anche essere unica per tutti gli allergici ma che ci è ancora ignota.

Relazione fra organi endocrini e sistema nervoso involontario. Certamente molti dei fenomeni allergici si compiono mediante il tramite del sistema nervoso involontario. Spesso negli allergici si ha ipoglicemia, ipotensione e bradicardia, di cui però non si conosce l'esatto significato. Anche l'eosinofilia è considerata manifestazione dipendente dal sistema nervoso involontario. Furono anche attribuiti ad alcuni organi endocrini alcuni disturbi degli allergici.

Rapporto fra reagina e ipersensibilità clinica. L'allergia ha aspetti immunologici e fu anche trovata una reagina nel sangue degli allergici, però differenze fra questa reagina e la reagina anafilattica ha fatto ritenere ad alcuni che anafilassi ed allergia siano due fenomeni nettamente distinti. Ma come si può spiegare la persistenza della reagina anche dopo che l'ipersensibilità clinica è scomparsa? O l'esistenza di ipersensibilità notevole senza reagina?

Reattività dell'organo « shock ». Due persone, sottoposte all'azione dei pollini a cui sono sensibili, possono reagire diversamente, una con asma e una con febbre da fieno; però si è visto che usando dosi esagerate nella disensibilizzazione specifica, si può avere febbre da fieno, corizza e urticaira in uno stesso individuo. Quindi anche un organo « shock » che fino ad un dato momento non ha reagito, può reagire violentemente.

Si può pensare che si possano far reagire non solo un organo isolato, ma anche solo una parte di organo (così alcuni presentano reazione solo in certe determinate aree cutanee). L'A. cita il caso di un sensibile alla farina per via orale e che aveva un eczema alle braccia; fu strofinato del pane sulla cute degli avambracci e del collo senza avere reazione locale, mentre due settimane dopo quando il paziente mangiò della farina, comparvero delle chiazze di eczema esattamente nelle zone strofinate.

Immunità o sensibilizzazione locale? Ci sono casi in cui si ha immunità locale con ripetute iniezioni di polline a sensibili, mentre in altri casi si ha una sensibilizzazione locale.

Anche questo è un problema che merita ulteriori investigazioni.

L'assorbimento dell'allergene è diverso secondo la via d'introduzione: è più rapido per iniezione, ed è meno rapido per via nasale.

Sensibilizzazione a sostanze non antigeniche. Molti non ammettono che si considerino allergeni sostanze che non hanno proprietà di antigene, però rimane il fatto che alcune di queste sostanze provocano clinicamente le medesime alterazioni di quelle a potere antigene.

Tutti questi problemi ancora insoluti devono spronare ad ulteriori ricerche. R. LUSENA.

Anafilassi passiva locale.

(P. VALLERY-RADOT, G. MAURIC, A. HUGO e P. GIROUD. *Presse Méd.*, n. 28, 1932).

Se si inietta del siero tratto da un soggetto, che supponiamo sensibilizzato a un dato antigene, a un altro soggetto della stessa o di diversa specie e successivamente si inietta, a distanza di circa 24 ore, l'antigene stesso; se si manifesta, in seguito a ciò, una reazione di tipo anafilattico, prova è che degli anticorpi anafilattici sono stati trasportati dall'uno all'altro soggetto, che s'è verificato, cioè, quel fenomeno detto dell'anafilassi passiva.

Se questa prova è particolarmente interessante ai fini della dottrina generale dell'anafilassi, in quanto che uno dei migliori criteri biologici per giudicare dello stato di sensibilizzazione è la dimostrazione appunto di anticorpi anafilattici, preziosa riesce nello studio dell'anafilassi umana, perchè, nell'impossibilità d'istituire per ovvie ragioni di prudenza esperimenti d'anafilassi diretta nell'uomo (una semplice iniezione intradermica dell'antigene può provocare delle reazioni estremamente violente) e non potendosi d'altra parte concedere alle cutireazioni un valore assoluto, il test dell'anafilassi passiva, nell'anafilassi umana, rappresenta la sola prova biologica che possa dare la certezza dello stato di sensibilizzazione.

Partendo da queste premesse, numerosi furono i tentativi, per merito specialmente di Clinici, fatti per realizzare sempre meglio, nell'ambito dell'anafilassi umana, la prova dell'anafilassi passiva.

Fu tentato innanzi tutto il trasporto passivo, con la tecnica solita, dall'uomo all'animale: i risultati furono contraddittorii. Ricerche condotte in questo campo, a scopo di controllo, dai nostri AA., valendosi e del coniglio e della cavia e ricercando in essi sia le manifestazioni cliniche dello schock anafilattico sia più particolarmente le modificazioni della pressione arteriosa (caduta di tipo caratteristico nello

schock anafilattico), hanno dato o risultati nulli o non chiaramente interpretabili.

Appunto per il fallimento di queste prove d'anafilassi passiva, fatte secondo la tecnica abituale, Prausnitz e Küstner proposero il trasporto per via intradermica degli anticorpi da uomo a uomo e lo studio successivo della reazione locale dopo reiniezione dell'antigene (prova di Prausnitz e Küstner: trasporto locale da uomo a uomo). La tecnica è la seguente: iniezione nello spessore del derma della faccia anteriore dell'avambraccio di un uomo non ipersensibile di 1/10 di cc. di siero proveniente da un uomo sensibilizzato; a una certa distanza dal sito di questa prima iniezione, sullo stesso avambraccio o su quello opposto, iniezione di 1/10 di cc. di siero proveniente da un uomo non sensibilizzato (iniezione-testimonio). Dopo 24 ore, esattamente negli stessi punti, iniezione di 1/10 di cc. della sostanza sensibilizzante; parimenti iniezione-teste di questa. Conseguono a queste diverse iniezioni intradermiche delle papule di diametro compreso fra 6 e 8 mm. All'atto della seconda iniezione (di sostanza sensibilizzante), in caso di risultato positivo, solo nel punto dove precedentemente è stato iniettato siero del soggetto sensibilizzato, si osserva una reazione, la quale è rappresentata da un ponfo d'aspetto orticario circondato da una zona d'eritema spesso pruriginoso (diametro di oltre 10 mm. e talvolta di 40 mm. ed oltre), che si manifesta dopo una diecina di minuti e dura in generale da mezza a un'ora. Una nuova iniezione d'antigene, fatta nel punto stesso ove la precedente iniezione ha dato luogo alla reazione suddescritta, non provoca una nuova reazione.

Questa prova di Prausnitz e Küstner ha ricevuto ormai da più parti numerose e autorevoli conferme.

Gli AA. la applicano correntemente ai fini diagnostici nella patologia umana (specialmente nei casi di asma anafilattico e di raffreddore da fieno) e con soddisfazione. Qualche dettaglio di tenica gli AA. credono opportuno suggerire: è necessario impiegare sieri freschi o prelevati al massimo 48 ore prima (non ha invece importanza lo stato in cui il soggetto in istudio si trova all'atto del prelievo nè il momento in cui il prelievo si fa). Da tenersi altresì presente che l'estratto-antigene che si usa deve essere, comunque venga fabbricato, un estratto proteico; le soluzioni di cristalloidi (per es. antipirina, aspirina) non hanno agli AA. dato risultati positivi. Il luogo d'elezione per l'iniezione intradermica è la faccia anteriore dell'avambraccio. Il soggetto scelto per l'iniezione intradermica deve avere un derma spesso e sodo (esclusi quindi i vecchi e i soggetti disidratati). L'optimum per l'iniezione seconda d'antigene è a distanza di 24 ore dalla prima di siero, però reazioni quasi altrettanto nette si possono avere praticando l'iniezione seconda a distanza di 48 ore ed anche di 3 giorni; solo in capo a 15 giorni la reazione diviene nulla.

Modificazioni sono state proposte a questa reazione con scarsi risultati in genere dal punto di vista pratico (interessante quella di Urbach che s'è servito del contenuto di una vescicola cutanea, sia spontanea in casi di eczema sia artificialmente provata con l'applicazione di un vescicatorio, in luogo del siero vettore d'anticorpi anafilattici; ricerche fatte dagli AA. usando le orine del soggetto sensibilizzato in luogo del siero hanno dato risultati incostanti e, se positivi, meno netti che col siero; ricerche fatte impiegando liquido cefalo-rachidiano hanno dato risultati negativi).

Da un punto di vista teorico merita d'essere segnalato un fenomeno che si può designare col nome di « reazione a distanza », studiato da Urbach e Jadassohn per primi e constatato incidentalmente dai nostri AA. nel corso delle loro ricerche indipendentemente dai precedenti. Urbach e Jadassohn iniettano l'antigene non nel punto stesso ove precedentemente è stato iniettato il siero dell'uomo sensibilizzato, ma in punti lontani: a distanza di circa 20-60 minuti ottengono reazioni positive; secondo altri autori, che hanno usato la stessa tecnica, la reazione apparirebbe più precocemente, in 20 minuti, se si scelgono per la seconda iniezione dei « punti metamerici simmetrici ».

Questa reazione a distanza non è però sempre positiva e pare che su di essa influisca fra l'altro la regione del corpo dove si pratica l'iniezione di siero.

I nostri AA. trovarono dal canto loro che iniettando nel derma dell'avambraccio in sette punti diversi il siero di un uomo sensibilizzato e, a distanza di 24 ore, l'antigene a livello dei due o tre primi punti, anche in tutti gli altri una reazione appariva. Il fenomeno però si produce irregolarmente per uno stesso siero, pur usando gli stessi antigeni; parrebbe quindi legato soltanto alla qualità del derma utilizzato (particolarmente si presterebbe quello dei tubercolosi). Alla stessa categoria di fenomeni si potrebbe ascrivere, fra l'altro, il fatto osservato da Biberstein per il primo, che, somministrando l'antigene per via orale, si produce una reazione positiva nel punto ove precedentemente era stato iniettato il siero dell'uomo sensibilizzato.

Tentativi di trasporto locale da uomo a coniglio (nel derma dell'orecchio del coniglio e con applicazione dell'antigene per scarificazione — reazione di Lehner e Rajka — nel derma della faccia superiore del naso e della parete addominale con applicazione dell'antigene per iniezioni intradermiche, secondo i nostri AA.) avrebbero dato risultati difficilmente interpretabili o non probativi.

Tentativi di trasporto locale da coniglio a coniglio non hanno permesso agli AA. di giunge-

re a conclusioni di sorta. Del pari fallirono tentativi di trasporto locale da coniglio a uomo.

Ne risulta che conserva tutto il suo valore e la sua importanza come test biologico nell'anafilassi umana la reazione di Prausnitz e Küstner. La presenza di anticorpi prodotti dall'organismo di contro a un antigene, produzione che vale ad assimilare nella loro essenza l'anafilassi umana e quella animale, riceve da queste prove biologiche piena dimostrazione.

P. MOLINARI TOSATTI.

Allergia, anafilassi ed idiosincrasia.

(OTTO. *Die Medizinische Welt*, 1932, n. 1).

Sono generalmente note le manifestazioni morbose cui vanno incontro alcuni individui in seguito all'ingestione di determinati alimenti (fragole, uova, ecc.), e farmaci (chinina, antipirina, ecc.), o in seguito all'inspirazione di sostanze vegetali e animali. Il tipo più noto di queste sindromi è la così detta febbre da fieno di cui soffrono molte persone al tempo della fioritura dei prati, del grano e degli alberi. Il semplice contatto con determinate sostanze (primule) o animali (gatti) è sufficiente a provocare in alcuni individui irritazioni delle mucose e della cute. L'iniezione di siero terapeutico può scatenare fenomeni di shock in individui che non avevano avute precedentemente altre iniezioni di siero. Tutte queste reazioni anormali sono comprese sotto il nome d'*idiosincrasia*.

Il numero delle sostanze vegetali, animali o di altra natura che, innocue per la generalità degli uomini, riescono nocive ad alcuni individui, è straordinariamente grande.

Le manifestazioni cliniche possono essere generali (shock più o meno grave) o consistere in disturbi di determinati organi: del tubo gastro-enterico (colite spastica), delle vie respiratorie (rinite vasomotoria, asma bronchiale), delle mucose (congiuntivite), della pelle (orticaria, edema angioneurotico, eczema), del sistema nervoso (neuriti). Tutti questi disturbi sono per lo più accompagnati da eosinofilia.

Il fenomeno dell'*anafilassi* è costituito dal complesso di manifestazioni morbose che si verifica in seguito all'iniezione di sostanze proteiche (siero di sangue) in individui ai quali erano state già iniettate le stesse sostanze e che avevano tollerato la prima iniezione senza alcun disturbo.

Le esperienze su gli animali hanno dimostrato che la sostanza proteica iniettata per la prima volta (antigene) determina nell'organismo la produzione di altre speciali sostanze (anticorpi). L'anafilassi è scatenata dalla reazione tra anticorpi e antigeni.

Altri esperimenti hanno messo in evidenza fatti importanti per le relazioni tra anafilassi ed idiosincrasia.

È interessante al riguardo la comparsa di determinati disturbi per i differenti organi, la indipendenza dei sintomi dalle sostanze adoperate per la sensibilizzazione, la sede della reazione dell'endotelio dei vasi e nella muscolatura liscia dei bronchioli, delle arterie, dell'intestino, dell'utero, ecc.

Sulla base della sintomatologia, della prova degli anticorpi, delle reazioni cutanee spiccatamente specifiche per determinate sostanze, nonchè sulla base della possibilità di desensibilizzazione si è a poco a poco inquadrata nel dominio delle malattie da ipersensibilizzazione tutta una serie di sindromi. Tenendo conto delle analogie tra fenomeni anafilattici e la sintomatologia clinica delle rispettive malattie furono riferite all'ipersensibilizzazione dapprima la febbre da fieno, l'orticaria, l'enterocolite anafilattica, l'asma bronchiale e simili. Langlois, Billard, Widal ed i loro collaboratori attribuirono allo stesso gruppo di malattie le così dette crisi emoclasiche.

Così il numero delle affezioni dipendenti da idiosincrasia o da anafilassi andò sempre aumentando: l'orticaria e l'eczema, il raffreddore e l'asma, la diarrea e l'enterocolite grave, l'albuminuria transitoria ed il brightismo, l'emicrania, la depressione nervosa, la gotta, la calcolosi, la pinguedine, il diabete, l'edema di Quinke e certe neuriti.

Finora non è stata data una prova sicura della origine idiosincrasica di queste malattie, e per la gran maggioranza di esse è ancora da mettere in evidenza l'anticorpo che consenta di praticare una terapia desensibilizzatrice.

Mentre la sintomatologia, la specificità, il meccanismo di reazione, la possibilità di desensibilizzazione consentono di stabilire un parallelismo tra anafilassi ed idiosincrasia, vi sono al riguardo ancora dei punti oscuri.

Così numerose sostanze che si poterono dimostrare come la causa d'idiosincrasia, negli animali non provocarono mai anafilassi.

In fondo l'idiosincrasia è un'anafilassi per la quale non si conosce come e quando sia avvenuta la sensibilizzazione.

Tuttavia è certo che per molte idiosincrasie manca una precedente sensibilizzazione, in luogo della quale è una tendenza familiare, che lascia supporre un'abnorme predisposizione ereditaria.

Le difficoltà d'interpretazione del fenomeno sono accresciute dal fatto che vi sono numerose sostanze non proteidi, ad esempio medicinali, che provocano accessi di idiosincrasia.

Per quel che riguarda l'ereditarietà del male i dati sulla tendenza all'idiosincrasia insegnano che la sua frequenza è la risultante del-

la disposizione congiunta all'esposizione alle cause sensibilizzatrici. La sensibilizzazione talvolta avviene fin dall'infanzia, e non è escluso che possa verificarsi anche nella vita intrauterina.

Certo tra anafilassi ed idiosincrasia vi sono alcune differenze, ma esse si assomigliano per quel che riguarda il meccanismo di reazione. L'una e l'altra sono dovute alla reazione di sostanze prodotte dall'organismo e di sostanze provenienti dall'esterno.

Le analogie tra idiosincrasia ed anafilassi consigliano ad indicare questi stati con un solo termine: allergia.

Come fenomeni allergici vanno considerati tutti i fenomeni che sono provocati dal contatto dell'antigene con le cellule contenenti gli anticorpi.

L'idiosincrasia si può *grosso modo* considerare come un'allergia innata, e l'anafilassi come un'allergia acquisita. DR.

Le intolleranze digestive. I disturbi digestivi di tipo anafilattico.

(R. GUTMAN. *Presse Médicale*, 5 nov. 1932).

Fino ai tempi più recenti non si erano mai considerate come entità morbose a sè quelle che l'A. chiama col nome di dispepsie anafilattiche. Ben noti erano i disturbi digestivi che si hanno nello shock anafilattico: fenomeni del tutto simili a questo si possono avere in clinica.

Vi sono dei pazienti in cui cibi di uso comunissimo provocano reazioni dolorose anche delle prime vie digerenti (bocca, esofago), reazioni che per lo più si manifestano con edema o orticaria della mucosa irritata. Più comuni ancora sono i disturbi gastrici, disturbi che si presentano ogni volta che viene ingerito un dato alimento o un farmaco determinato. Tali disturbi gastrici possono essere i più varî e non sarà fuori posto ricordare come, basandosi su di essi, Cesaris Demel ha emesso la sua teoria dell'origine anafilattica dell'ulcera.

Con una certa frequenza si osservano anche disturbi che hanno tutti i caratteri di una crisi vescicolare vera e propria, crisi che dura alcune ore e che scompare senza lasciar il minimo sintomo doloroso, il che permette di differenziarla da una vera colica epatica.

Più numerosi ancora, e quindi più difficilmente diagnosticabili sono i disturbi intestinali a tipo anafilattico: possiamo avere qui i più diversi quadri morbosi, da quello della colite muco-membranosa, alla sindrome di occlusione, alle coliche appendicolari, alle melene, alle manifestazioni dolorose a carico del sigma e del retto: e non rari sono i casi in cui si interviene chirurgicamente e non si trova alcunchè di patologico all'infuori di una intensa iperemia della mucosa intestinale.

Difficile è spiegarsi come si producano questi fenomeni. Secondo Gutman la causa è da ricercarsi in particolari disfunzioni dell'apparato digerente, per cui gli alimenti introdotti non sufficientemente disintegrati rimangono nell'organismo come corpi estranei, e possono quindi provocare reazioni patologiche.

In alcuni casi può anche essere sufficiente a spiegare il fenomeno morboso una masticazione affrettata, in altri si riscontrerà, agli esami chimici, una acloridria, ovvero ancora saremo in presenza di una insufficienza epatica o pancreatica o ad alterazioni anatomiche della mucosa intestinale.

E in queste alterate funzioni bisogna anche vedere la spiegazione del perchè in alcuni soggetti le manifestazioni anafilattiche si hanno a carico della cute, o dei polmoni, e in altri soltanto a carico dell'apparato digerente. Ciò avviene perchè in questi ultimi soggetti le vie digestive presentano già un punto di minore resistenza, non ancora chiaramente dimostrabile, ma su cui di preferenza si localizza la reazione anafilattica.

Bisogna infine tener presente che reazioni anafilattiche si hanno preferibilmente, se non esclusivamente, in individui che presentano una particolare labilità del sistema nervoso vegetativo. M. PONS.

Reazioni tipiche e atipiche alla terapia proteinica.

(P. S. HENCH. *Arch. Int. Med.*, 49, 1932).

L'A. premette un breve cenno di storia della proteinoterapia specifica ed aspecifica e della pireto-terapia. Il suo studio clinico si basa sull'analisi di circa 2500 malati seguiti alla Mayo Clinic, di cui 1500 circa erano affetti da forme artritiche e gli altri da svariate forme in cui trova indicazione la proteinoterapia, e principalmente da affezioni vascolari. Su questo enorme materiale l'A. ha avuto campo di analizzare circa 10.000 reazioni di cui indaga e discute i vari fattori ed elementi di carattere generale (via di introduzione, freschezza del vaccino, ecc.).

I tipi normali di reazione sono chiaramente specificati nelle loro singole fasi, specie in rapporto alla sintomatologia clinica presentata ed alle modificazioni biologiche che intervengono corrispondentemente nell'organismo a carico delle varie funzioni e dell'equilibrio chimico e chimico-fisico del sangue. Dette modificazioni vengono in parte riportate alle modificate condizioni del sistema reticolo-istiocitario a séguito dell'introduzione di materiali proteici eterogenei direttamente nel circolo. Stabiliti i caratteri e le modalità con cui si esplicano le reazioni « normali », l'A. passa ad analizzare un certo numero di casi in cui

intervennero conseguentemente al trattamento proteinoterapico reazioni « abnormi »: tali reazioni si sono presentate raramente: solo venti volte su 10.000 iniezioni e sono state interpretate come vere e proprie abnormi reazioni al trattamento e non come semplici concomitanze da detto trattamento indipendenti, in base al rapporto di tempo con l'iniezione endovenosa di vaccino, al tipo clinico della forma, alla mancanza di segni precedenti a carico dell'organo che ha presentato queste reazioni abnormi, ecc.

L'A. riporta per esteso 14 casi in cui dette reazioni erano rappresentate da forme acute o subacute di pleurite essudativa, pericardite, parotite, adenite, congiuntivite, colecistite, appendicite, enterite; particolarmente importanti furono tre casi in cui si manifestò una nefrite acuta che portò in pochi giorni a morte i pazienti, con reperto anatomo-patologico che escluse la presenza di pregresse alterazioni renali di tipo parenchimale o arteriosclerotico. Oltre ai casi propri l'A. riporta brevemente i casi di abnormi reazioni a trattamenti vaccinici e proteinoterapici in genere presentati dalla letteratura. La classificazione clinica di tutte queste forme viene fatta in base al concetto che si tratti di una di queste tre possibilità: 1) reazioni di infiammazioni « focali » di natura infettiva; 2) r. di infiamm. focali di natura non infettiva; 3) reazioni di fatti diatesici latenti. Tutte queste condizioni sono largamente studiate e interpretate e da tale analisi l'A. trae elementi per indicare le principali controindicazioni che presenta la terapia proteinica e che sono rappresentate essenzialmente dalla presenza di lesioni cardiache, renali, tubercolari polmonari, ipertensione, alcoolismo cronico, stati allergici con ipersensibilità definita alle proteine, ecc. CH.

Sul valore diagnostico della tricofitina.

(E. FIDANZA e L. ECHEVERRIA. *La Semana Médica*, 14 aprile 1932).

Accettando il ruolo di malattie allergizzanti che la nosologia accorda alle malattie della pelle da funghi, Bloch chiamò *tricofitidi* le lesioni della pelle prodotte a distanza dalle tossine elaborate dai funghi, per analogia con le tubercolidi: mancava una prova biologica, che testimoniasse la attitudine reazionale della pelle, denunciatrice di una affezione che interessava tutto l'organismo e questa prova si ottenne usando la tricofitina per via intradermica: l'effettiva presenza di uno stato allergico si manifesta con una papula accompagnata da sintomi infiammatori ed in alcuni casi anche da reazioni generali.

La reazione prodotta non si può considerare specifica perchè si ottiene con varie specie di funghi, ma semplicemente una reazione di gruppo.

Da molti anni l'A. si è preoccupato di stabilire il valore diagnostico di questa reazione. A questo riguardo sono discordanti i pareri dei vari AA., perchè mentre alcuni di essi, fra cui principalmente il Tarantelli, negano alla prova stessa ogni specificità, altri sostengono invece che, se pur non assolutamente specifica, essa costituisce un ottimo aiuto per la diagnosi. Forse la discordanza di risultati è dovuta all'apprezzamento dell'intensità della reazione, in quanto alcuni considerano come negativa o dubbia una reazione che per un altro A. sarebbe positiva. In quanto poi alla positività della reazione in casi di tubercolosi cutanea, fatto che costituisce uno degli argomenti più solidi con cui il Tarantelli combatte il valore diagnostico della tricofitina, questo fatto conferma invece, secondo l'A., il valore della reazione stessa se si pensa che oggi si tende a collocare l'agente della tubercolosi nel regno vegetale.

Conclude dunque l'A. che la intradermoreazione alla tricofitina, per quanto gli suggerisce la sua esperienza personale, è un metodo diagnostico di valore effettivo. Quanto più antiche sono le lesioni, tanto più costanti sono i risultati. Intensa o debole nelle affezioni micosiche, essa si è invece manifestata quasi costantemente negativa nelle altre affezioni non micosiche prese come controllo. La scarsa percentuale di positività in alcune affezioni non micotiche non invalida il suo valore diagnostico, in quanto i pazienti possono essere stati affetti precedentemente da una micosi e mantenere quindi uno stato allergico.

G. LA CAVA.

MISCELLANEA.

Moniliasi e monilidi.

(A. PEYRI e M. CASANOVAS. *Rev. Méd. de Barcelona*, settembre 1932).

Le specie del genere Monilia furono riconosciute patogene per l'uomo nel 1848.

Nel 1910 Beck e Ibrahim descrissero vari casi di intertrigo intergluteo da monilie. A partire da questa prima descrizione di lesioni cutanee determinate da questo fitoparassita, si seguirono nella letteratura numerose osservazioni di intertrigo, perionixis, lesioni della mucosa dei genitali dovute alla stessa causa.

I casi studiati da Beck e Ibrahim consistevano in lesioni di aspetto erosivo, iniziatesi nel solco intergluteo e consecutive ad elementi vescicolari, dei quali alcuni evolvevano in forma di fistole e le altre davano luogo a placche eritematose, lenticolari, con desquamazione centrale; la confluenza degli elementi determinava la formazione di placche a contorni policiclici. Beck ammetteva che l'infezione avesse

come punto di partenza il tubo digerente e che la micosi andasse frequentemente associata con lesioni buccali e diarree. Tutti questi casi furono osservati in bambini.

Nell'adulto, nella maggioranza dei casi a sede genitoanale, un intertrigo costituisce il momento favorevole per la infezione da parte della monilia, ma secondo Buschke si può ammettere che certe specie di particolare virulenza siano capaci di determinare le lesioni direttamente sulla cute sana.

Moniliasi di altre regioni sono state descritte (piega sottomammaria, ascelle). La forma clinica descritta sotto il nome di « erosio interdigitalis » inizia con elementi vescicolari che confluiscono e danno luogo alla formazione di una superfice erosiva di colore rosso ricoperta da una specie di membrana biancastra.

Le lesioni non hanno alcuna tendenza ad estendersi fuori degli spazi interdigitali.

A Duhendorfer, Kenner e Shelmire si deve lo studio della perionixis cronica prodotta da monilie, di cui sono state descritte forme epidemiche. Mac Leod attribuisce alle monilie l'etiologia di certe perionixis suppurate croniche, con ingrossamento della lamina ungueale, che assume un aspetto striato, opaco, di consistenza friabile.

Moniliasi della lingua, a parte il mughetto, sono state osservate da Zeisler, Frost, Dore, Robinson e Moss; questi ultimi hanno notato la coincidenza di atrofia delle papille linguali con moniliasi delle mani e delle labbra. Lesioni della mucosa vaginale da moniliasi si riscontrano nel diabete. Castellani e Taylor ne hanno descritti due tipi, uno di aspetto membranoso, l'altro di aspetto pustoloso,

Accanto alle lesioni della pelle già descritte, ne esistono altre prodotte dalla reazione delle regioni cutanee sensibilizzate di fronte a sostanze prodotte da monilie situate in lesioni distanti e che sarebbero arrivate alla pelle probabilmente per via sanguigna. Nel 1929 Kendall Frost descrisse un caso di glossite nel quale fu isolata una monilia, mentre nessun germe fu potuto isolare da lesioni delle ascelle che lo stesso infermo presentava. Queste ultime lesioni furono denominate moniliatidi o monilidi. Altri casi di questo genere sono stati pubblicati successivamente. Ad essi è comparabile un caso osservato dagli AA., riferentesi ad un individuo di 35 anni, affetto da tubercolosi fibrocaseosa bilaterale, nel quale si osservavano delle lesioni buccali, nelle quali fu riscontrata la presenza di monilie, confermata dalla positività della reazione di deviazione del complemento, delle prove di allergia cutanea e dai risultati della cura jodica, e delle lesioni del tronco e delle estremità, nelle quali non si potè mettere in evidenza la monilia, ma che, per l'evoluzione parallela a quella delle lesioni buccali e per la intensità della reazione cutanea alla intradermoiniezione di estratto di cultura di monilia, si potevano considerare come monilidi.

Nell'infermo studiato gli aggravamenti della lesione buccale e della pelle coincidevano con quelle del processo polmonare.

C. Toscano.

Il diabete extrainsulare o renale.

(G. Löhr. *Klinische Woch.*, n. 27, 1932).

L'esistenza di un diabete renale, ossia di un diabete non legato ad alterazioni del pancreas o del ricambio generale, ma ad una disfunzione dei reni, è stata affermata da tempo.

I caratteri fondamentali di questo diabete renale furono così definiti: glicosuria innocua o quasi, di lunga durata, per lo più famigliare, con contenuto di zucchero nel sangue normale o al di sotto del normale (diabete normoglicemico).

L'introduzione del trattamento insulinico ha reso più facilmente riconoscibile la condizione, in quanto l'insulina pur abbassando il tasso glicemico lascia pressochè invariata la glicosuria.

Questo nuovo criterio per l'accertamento del così detto diabete renale condusse ad ulteriori osservazioni, nel senso che anche in casi di vero diabete insulare con glicemia normale in seguito a trattamento insulinico permane una lieve glicosuria, che scompare solo con ulteriori forti dosi d'insulina. Falta ed i suoi collaboratori ritengono che l'accertamento dello stato della funzione insulare può essere fatto solo mediante la determinazione del contenuto di glucosio nel sangue capillare ed in quello venoso. Solo un aumento della differenza tra i due tassi glicemici comprova il diabete insulare.

Ma a parte questo criterio il diabete renale o innocente si può diagnosticare in base ad altri elementi:

1) Glicemia normale con glicosuria scarsa durante tutta la vita e spesso in parecchi individui della stessa famiglia.

2) Glicosuria transitoria durante la gravidanza.

3) Glicosuria transitoria nelle affezioni renali.

4) Rarissime forme di glicosuria grave con glicemia normale o subnormale, indipendente dall'ingestione di carboidrati e con contemporanea formazione di corpi chetonici.

L'A. riferisce dettagliatamente un caso da lui studiato nel quale i sintomi principali erano appunto: glicosuria indipendente dalla ingestione di carboidrati, resistenza e trattamento insulinico, tendenza alla produzione di corpi acetonici, tasso glicemico straordinariamente basso.

L'esistenza di un diabete renale come sindrome morbosa a sè non è stata finora suf-

fragata da un reperto anatomo-patologico particolare, ma i dati sperimentali e clinici la confermano senz'altro.

Le glicosurie prodotte sia da agenti inorganici, come il cromo, o organici, come la floridzina, hanno spiccate analogie con quelle renali. Anche in esse l'emissione del glucosio con le urine avviene mentre la glicemia è normale o subnormale. Ma non tutti i ricercatori sono d'accordo nell'ammettere che queste glicosurie tossiche siano in rapporto ad una lesione del parenchima renale, che determini un aumento dell'escrezione dello zucchero. Alcuni pensano che la floridzina possa agire mobilitando il glicogeno epatico o disturbando l'equilibrio vago-simpatico.

Anche per la glicosuria gravidica è stata ammessa l'origine locale renale, quantunque sembri più verosimile un disturbo generale del ricambio dello zucchero, al quale non deve essere estranea l'ipofisi.

L'influenza di questa glandola endocrina sul ricambio e sull'escrezione del glucosio non è ancora sicuramente definita.

Borchard rilevò per il primo la frequenza della glicosuria nell'acromegalia, e notò la sua indipendenza dall'ingestione di zucchero. Cushing e Davidoff misero in evidenza il fatto che la glicosuria acromegalica non è influenzata dall'insulina. Oppenheimer in due casi di acromegalia dimostrò che la produzione di insulina non è alterata. D'altra parte non mancano affermazioni che provano come nell'acromegalia accompagnata da glicosuria mancano veri e propri disturbi diabetici.

Infine Krauss in una serie di diabeti giovanili constatò alterazioni istologiche dell'ipofisi.

Tali osservazioni cliniche integrate dai risultati di alcune esperienze fisiologiche tendono a dimostrare che l'ipofisi ha una certa influenza sul ricambio e sull'escrezione del glucosio. Non è dubbio che questa influenza si è esercitata attraverso una attività ormonica.

Quantunque non ancora definita sembra che ci sia un antagonismo funzionale tra ipofisi e pancreas.

Al riguardo è a ricordare che ci sono casi di vero diabete, con tutta la fenomenologia di questa malattia e con dimostrata deficienza dell'apparato insulare, e che pur tuttavia sono resistenti al trattamento insulinico. Le ipotesi avanzate per spiegare questo apparente paradosso sono molteplici: la più verosimile sembra quella di Falta che ammette in questi casi la produzione di un'antinsulina da parte dell'ipofisi.

Queste considerazioni teoretiche sulla resistenza all'insulina nel diabete pancreatico rivestono speciale importanza per la glicosuria così detta renale, in quanto questa può fondatamente riferirsi ad un disturbo del ricambio del glucosio dipendente da una disfunzione dell'ipofisi o di un centro secretorio del cervello medio.

Questo disturbo extrainsulare primario può determinare altre alterazioni funzionali nel sistema ormonale con ulteriori influenze sul ricambio dello zucchero. Ciò spiega come una glicosuria renale può successivamente trasformarsi in vero e proprio diabete.

La correlazione tra diabete renale ed insulare è anche dimostrata dal fatto che talvolta nella stessa famiglia si riscontrano casi dell'una e dell'altra affezione. DR.

Influenza dei bagni gassosi d'acido carbonico sul decorso degli accessi di emoglobinuria parossistica «a frigore».

(S. MITACEK. *Le Sang*, a. 6°, n. 2, 1932).

L'A., avendo avuto in osservazione un caso tipico di emoglobinuria paross. a frigore (Bordet-Wassermann positiva, prova di Donath-Landsteiner positiva), praticò una serie di ricerche, di cui particolarmente interessanti quelle sull'influsso esercitato dai bagni di CO_2 sul sorgere e sullo svolgersi degli accessi.

Tali ricerche s'inspirano ai concetti di H. v. den Bergh sulla patogenesi dell'accesso di emoglobinuria parossistica. Questo autore pensa che a provocare l'accesso non intervenga soltanto il freddo, ma anche l'aumento della tensione di CO_2 nel sangue: durante il raffreddamento interverrebbero dei disturbi vasomotori naturali che causerebbero la stasi del sangue circolante nei capillari periferici e la sua sovrasaturazione di CO_2. L'aumentata tensione del CO_2 per sè sola varrebbe a sensibilizzare le emazie e inoltre attiverebbe le « emolisine CO_2 », diverse dalle emolisine legate al freddo.

D'altro canto Fedlicka, Bastecky e Kral, sulle orme del precedente Autore, ricercarono la funzione del CO_2 nella sensibilizzazione delle emazie e nell'emolisi e trovarono risultati discordanti: a temperatura inferiore a 10° C l'aumento della concentrazione di CO_2 attenua in una certa misura l'emolisi, a temperature superiori a 10° C l'accresce un poco.

Le esperienze dell'autore furono così impostate: *in vitro*, un miscuglio di emazie e di siero entro piccole provette venne esposto a un freddo di 0° C. in un bagno gassoso di CO_2; un identico miscuglio di controllo venne sottoposto alla stessa temperatura, ma non in presenza di CO_2. L'emolisi *non* avvenne nella prima provetta nemmeno dopo 15', mentre nella seconda, di controllo, era già netta alla fine dei primi sette minuti. Esponendo la provetta, per il resto nelle stesse condizioni di prima, a un freddo di 12° C per 20 minuti, l'emolisi si manifestò nelle provette poste in atmosfera gassosa di CO_2, non in quelle di controllo. Concordanza con risultati degli autori precedenti.

In vivo, esponendo l'ammalato all'azione del CO_2 in una cassa appositamente costruita, una prima volta per 10 minuti, a distanza di qualche giorno per 20 minuti, non fu possibile provocare nè nell'un caso nè nell'altro un accesso di emoglobinuria. In un nuovo ordine di esperienze l'A. mise l'ammalato in un bagno di acido carbonico e contemporaneamente fece in modo che gli arti inferiori dell'ammalato stesso fossero immersi fino al 3° superiore delle gambe in acqua diaccia per 10 minuti; 3 giorni più tardi fu ripetuta l'immersione degli arti inferiori nell'acqua gelata, senza contemporanea, immersione del paziente in un bagno gassoso. Nel 1° caso il soggetto già in capo a 10 minuti presentava i primi segni di un accesso ed eliminava un'orina tinta di sanguigno; in seguito furono raccolte le orine ogni mezz'ora e si trovò ancora dopo 4 ore tracce di pigmento sanguigno; la temperatura salì a 37° C in un'ora, 38°,2 in due ore, poi lentamente decrebbe e discese a 36°,5 dopo 4 ore; il brivido ebbe inizio 11' dopo l'inizio dell'esperienza e durò un'ora e mezza.

Nel II caso (freddo senza CO_2) i primi segni dell'accesso si manifestarono 15' dopo l'inizio dell'esperienza; i segni clinici non raggiunsero la stessa intensità che la volta precedente (brivido meno intenso, più tardivo e meno prolungato): la temperatura salì a 37° C in un'ora, 37,5° in due, poi decrebbe, talchè raggiungeva il 36°,2 C alla IV ora; l'orina raccolta durante la prima ora era intensamente colorata in rosso, quella della seconda ora molto meno. L'esperienza, ripetuta invertendo l'ordine di successione dei due movimenti, diede risultati concordanti.

L'A. in base a ciò si crede autorizzato a concludere che il solo aumento della tensione di CO_2 nei capillari non è affatto sufficiente a provocare un accesso di emoglobinuria parossistica; l'influenza specifica del freddo è indispensabile.

Se però agiscono insieme e l'aumentata tensione di CO_2 e il freddo, si ha per risultato lo scoppio di un accesso molto più forte e di durata più lunga che per il solo effetto del freddo.

P. MOLINARI-TOSATTI.

La cellulite e suo trattamento.

(N. ALEXIU. *Spitalul*, ottobre 1932).

La cellulite è una sindrome morbosa costituita da un'infiammazione cronica del tessuto cellulare sottocutaneo e del connettivo interstiziale e caratterizzata da indurimenti e nodosità tissurali, situate in differenti regioni di tutto il corpo e apprezzabili mediante la palpazione digitale.

La cellulite fu per molto tempo confusa col reumatismo muscolare cronico e con l'edema tipo Quincke, come anche con i noduli di flebite.

Le prime osservazioni sono dovute agli svedesi, presso i quali la cinesiterapia è sviluppatissima: Norstrom infatti per prima nel 1888 riferì su venti casi di noduli cervicali ribelli alla massoterapia. Dopo di lui le osservazioni si moltiplicarono, e così anche le ipotesi sulla etiopatogenesi della malattia: c'è chi la ritiene una *nevrite* che provochi secondariamente un'alterazione trofica del tessuto cellulare, chi la considera come manifestazione di artritismo, chi, come Sedillot, la considera di origine endocrino-simpatica e consiglia insistentemente l'opoterapia tiroidea.

Anatomo-patologicamente si possono distinguere tre tipi di cellulite: *a*) sotto forma di nodosità; *b*) sotto forma di placche indurate; *c*) sotto forma di edema pastoso.

L'esame istologico conferma la natura infiammatoria della lesione, caratterizzata dalla iperplasia del tessuto connettivo sottocutaneo, perimuscolare e perinervoso, con presenza di trasudato linfatico dovuto ad abnorme permeabilità dei vasi linfatici.

L'etiologia della malattia ha dato luogo a numerose discussioni. Cause favorenti sono i traumatismo locali persistenti, le infezioni cutanee accidentali, le iniezioni sottocutanee sclerosate, le cicatrici chirurgiche, le giarrettiere, il corsetto, ecc.

Suppurazioni prolungate, tubercolosi, reumatismo persistente sono fra le cause predisponenti generali.

Clinicamente la cellulite si traduce con sintomi svariati, fra cui predomina il dolore, dovuto alla compressione dei filetti nervosi da parte del tessuto cellulare indurito o ingrossato.

Le localizzazioni sono svariate, sì che si distinguono varie forme:

a) forma cefalica, con dolori irradiantesi alla regione temporo-orbitale;

b) forma cervico-occipitale, con dolore sotto-occipitale e irradiazioni al vertice, alla regione retro-auricolare e all'omero;

c) forma toracica con noduli e dolori nella parte alta della colonna vertebrale;

d) forma precordiale, altrimenti detta cellulite pseudo-anginosa;

e) forma addominale, con algie sull'addome ed in corrispondenza delle creste iliache;

f) cellulite degli arti superiori o degli arti inferiori.

Per la diagnosi differenziale occorre riferirsi alle varie localizzazioni: così la forma sotto-occipitale deve essere distinta da una cefalea essenziale dalle artriti sotto-occipitali, la forma lombare con una *lumbago*, la forma addominale con varie affezioni quali colecistite, appendicite, annessite. L'esame locale mediante palpazione, frizione e pressione farà apprezzare la presenza dei noduli o delle plac-

che caratteristiche e farà differenziare la cellulite da una semplice mialgia.

Riguardo alla terapia vari mezzi fisici furono impiegati per allontanare la causa locale produttrice degli indurimenti: al massaggio, che è stato fino a poco tempo fa il trattamento di elezione, si è aggiunto in questi ultimi anni il trattamento per mezzo della corrente elettrica sotto forma di galvanizzazione, jonizzazione con joduro di sodio al 2 ‰, diatermia, raggi infrarossi, a cui si può aggiungere, come trattamento accessorio, la opoterapia tiroidea.

Gli AA. hanno trattato con la jonizzazione con joduro di sodio al 2 ‰, 4 casi di cellulite ribelle e ne hanno ottenuto la guarigione.

G. LA CAVA.

L'immuno-trasfusione nel bambino.

(TZAUCK-HUBER-A. CRICONOFF. *Presse Méd.*, n. 59, 1932).

Gli AA. hanno usato il metodo dell'immuno-trasfusione in tre casi di setticemia, con esito favorevole.

Nel primo caso si trattava di un bambino di 11 anni affetto da otite e mastoidite bilaterale.

Non aveva avuto alcun miglioramento dall'intervento chirurgico, nè da semplici trasfusioni, la febbre continuava a 40° da circa un mese; stato generale gravissimo; non era stata fatta emocoltura. Praticata una trasfusione di 30 cmc. con datore immunizzato contro lo streptococco fornito dall'« Oeuvre de transfusion sanguine d'urgence ».

In 4 giorni la febbre cade per lisi.

Nel secondo caso si trattava di una bambina di 5 anni, anch'essa affetta da otomastoidite bilaterale, trapassata, e da tromboflebite del seno a destra.

Emocultura positiva per lo streptococco. Anche qui erano state praticate trasfusioni semplici senza risultato. Furono praticate due immuno-trasfusioni con datore vaccinato contro lo streptococco, la prima di 125 cc., la seconda di 80 cc., a distanza di 5 giorni l'una dall'altra. La bambina è guarita pur avendo presentato in seguito una suppurazione del ginocchio sinistro.

Nel terzo caso si trattava di un bambino di 7 anni con una scarlattina gravissima. Qui non avendo pronto il datore fu praticata la prima iniezione di siero antistreptococcico di 40 cc. Due giorni dopo viene praticata una immuno-trasfusione di 80 cc. con datore vaccinato contro lo streptococco. Il decorso è stato favorevole e il bambino è guarito senza alcuna complicazione.

Gli AA. consigliano di continuare a sperimentare il metodo più largamente.

B. PAGGI.

Le terapie strane: le larve di muscidi nella cura dell'osteomielite cronica.

(R. MIGNOT. *La Presse Méd.*, n. 77, 1932).

L'A. ritorna a trattare questo singolare processo terapeutico.

A. Paré, nel XVI secolo aveva notato che le ferite suppurate nelle quali le mosche blè avevano depositato le loro uova, guarivano in modo straordinariamente celere.

Più tardi, all'epoca delle guerre di Napoleone, Larrey fece la medesima osservazione, constatando durante la campagna di Syria l'azione cicatrizzante delle larve nelle ferite suppurate dei soldati.

Si deve però a W. S. Baer (di Baltimora) il merito di aver dato applicazione scientifica alle larve di mosche nel trattamento della osteomielite cronica; anche questi fu spinto allo studio in seguito alle osservazioni fatte in guerra.

Studiò l'argomento dapprima sperimentalmente e dopo lo trasportò in clinica nella cura delle osteomieliti croniche piogeniche e tubercolari; suggerì pure la tecnica per la preparazione asettica di queste larve.

Un recente lavoro di S. K. Livingstau consiglia di scegliere le larve della mosca (*Calliphora crythocephala*); essendo questo un insetto dei mesi estivi ed autunnali, occorre allevarselo nell'inverno a mezzo dell'incubatore.

La tecnica è la seguente: operata l'osteomielite, si zaffa con garza per 48 ore per arrestare l'emorragia, quindi, dopo un abbondante lavaggio si depongono le larve che vanno rinnovate ogni 3-5 giorni; ad ogni medicatura lavare le ferite con soluzione fisiologica, mai con antisettici.

Risultati ottimi; il trattamento può estendersi alle fratture complicate ed alle ferite infette.

Per spiegare tali risultati si pensò dapprima ad una azione meccanica di nettamento: digerirebbero i batteri, i detriti ossei ed i tessuti necrotici. Altre esperienze pare invece abbiano dimostrato ch'esse elaborano un vero principio attivo, ottenuto tritando e filtrando le larve, e di cui s'ignora la vera natura.

L'A., vista l'efficacia e l'innocuità del metodo di Baer, e considerando la lunga durata dell'osteomielite, crede debba essere preso in considerazione.

R. GRASSO.

CENNI BIBLIOGRAFICI.[1]

M. Bufano. *La regolazione vegetativa del fegato e del pancreas con riguardo alle anomalie e alle malattie del ricambio.* Un vol. in-8° gr. di p. 377. Roma, Edizioni di « Fisiologia e Medicina », 1932. Prezzo L. 40.

Il Bufano, che viene dalla Scuola medica di Roma ed è ora aiuto del Pende, ha saputo raccogliere e coordinare una mole poderosa di fatti.

Ne emerge la complessità delle funzioni regolatrici del fegato e del pancreas nei riguardi del metabolismo, così allo stato fisiologico come in condizioni patologiche. Risultano anche le ripercussioni molteplici che sulle funzioni epatiche esercitano vari organi endocrini. Del fegato l'A. non esamina la sola funzione glicidica, ma anche quella protidica e quella lipidica, generalmente trascurate; del pancreas considera la secrezione interna e quella esterna. L'A. fa anche valere le applicazioni di queste nozioni nel campo clinico, in particolare nel trattamento di varie forme di diabete e di obesità.

La trattazione è bene ordinata e molto chiara; le deduzioni sono avvedute e misurate; l'A. ci dà la sensazione che il problema è in via di evoluzione e quindi che esso non consente conclusioni definitive. Il lavoro reca anche una copiosa bibliografia. Nell'insieme costituisce un contributo di raro valore.

S'inizia, così, degnamente la « Collana di Manuali e Monografie » edita dà « Fisiologia e Medicina », a cura del Baglioni. L. Verney.

M. Dérot. *La Créatinémie.* Un vol. in-8° picc. di p. 238. Edit. Librairie Médicale Marcel Vigné (rue de l'École de Médecine 11 & 13, Paris), 1932. Senza prezzo.

La scienza porta ad una differenziazione continua: è così che, nella ritenzione azotata, dapprima si considerò globalmente tutto l'azoto non proteico (Strauss e scuola tedesca), ovvero l'azoto ureico (Widal e scuola francese); poi si sono presi in considerazione i corpi creatininici. L'A. ha raccolto le conoscenze attuali al riguardo e vi ha portato dei contributi personali. Descrive dapprima la tecnica delle reazioni e del dosaggio, per il quale ultimo egli ha adottato il metodo di Folin, da lui modificato. Poi riferisce i dati relativi al metabolismo dei corpi creatininici ed alle variazioni della creatinina del sangue, in vari stati morbosi. Da ultimo espone una serie di ricerche sperimentali (nefrectomia e nefriti provocate).

Nel campo pratico risulta che un aumento della creatinina nel sangue ha un valore prognostico grave. L. V.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

B. Ephrussi. *La culture des tissus.* Un vol. in-12° picc. di p. 235, con 96 fig. Edit. Gauthier-Villars & C.ie, 1932. Prezzo frs. 45.

L'A. ha compiuto una serie di ricerche interessanti sulla coltivazione dei tessuti, nell'Istituto di biologia fisico-chimica fondato da Edmond de Rothschild. Valendosi di mezzi moderni e perfezionati, ha indagato in particolare la velocità di riproduzione, le azioni eccitatrici e moderatrici, l'energia residuale di riproduzione, la trasformazione dei fibroblasti in macrofagi, le colture pure, ecc.

Egli presenta ora agli studiosi una trattazione organica sulla coltura dei tessuti: princìpi generali, tecnica, razze pure, fattori di sviluppo, sviluppo di colonie cellulari, rapporti intercellulari, fattori dell'organizzazione e della morfogenesi. Non poco posto è fatto agli studi italiani, in particolare a quelli di O. Olino e di G. Levi.

L'A. riporta le indicazioni bibliografiche di tutti i lavori citati.

Dato il rapido incremento di questo importante ramo di studi biologici e lo scarso numero di trattazioni riassuntive, la monografia dell'A. è destinata a rendersi molto utile.

L. V.

B. Enocksson. *A study of the reducing power of the blood, with special reference to some gastro-intestinal diseases and their diagnosis.* Un vol. di 370 pagg., Norstedt e Soner ed., Stockholm, 1932.

In questo XLV supplemento degli *Acta medica scandinava,* l'A. mediante numerose osservazioni e ricerche intende di stabilire quali sono le condizioni per cui si ha un abnorme comportamento nella regolarizzazione del glucosio sanguigno. È specialmente nelle ulceri gastro-duodenali e nei tumori maligni che tale funzione è turbata. Ma vi sono malattie diverse, in cui si ha lo stesso allungamento della curva glicemica come nelle precedenti e la distinzione si può fare mediante la ricerca di una sostanza riducente nel sangue.

L'A. riporta minutamente i casi largamente studiati ed espone nella parte generale i metodi usati ed i risultati ottenuti. *fil.*

J. H. Regenbogen. *Le rôle de la catalase dans le métabolisme d'énergie.* Un vol. in-8° di p. 140, G. Doin & C.ie, éditeurs, Parigi, 1932. Prezzo frs. 36.

L'A. espone le concezioni attuali sul ricambio energetico e sul dinamismo di esso, fermandosi sulle funzioni della catalasi e delle ossidasi. Allo studio di questi problemi porta dei contributi sperimentali. Dal suo studio desume che la catalasi ha il compito di isolare le fasi del metabolismo energetico, garantendone l'indipendenza; per tal modo si evitano di-

sordini chimici e si mettono le cellule al sicuro dai processi di combustione. L'A. applica poi queste vedute nuove, in particolare alla patogenesi del diabete. L. V.

A. BESREDKA. *Le choc anaphylactique et le principe de la désensibilisation*. Edit. Masson. Prezzo Fr. 30.

Questo libro scritto da uno scienziato che ha portato notevoli contributi alla conoscenza dell'anafilassi e dell'allergia costituisce una nuova tappa degli studî su tali argomenti.

È un libro che espone chiaramente lo stato attuale della scienza su l'importante quistione, e le derivazioni pratiche che si possono vantaggiosamente utilizzare nella terapia e nella profilassi delle varie anafilassi. DR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica Veneziana.

Seduta del 20 dicembre 1932.

Presidente: Prof. G. B. FIOCCO.

Piressia diatermica e piressia radiotermica nella cura della paralisi progressiva.

Prof. T. CORTESI. — L'O. riferisce i metodi di piroterapia diatermica e radiotermica realizzati dagli AA. americani e descrive il metodo che usa da un anno e mezzo per produrre nei paralitici mediante la diatermia una febbre artificiale terapeutica paragonabile a quella malarica. Riferisce i risultati ottenuti in 35 casi di paralisi progressiva e li confronta con quelli degli AA. americani e con quelli della malarioterapia. Espone infine i risultati di sue ricerche (compiute in collaborazione col dott. Fattovich) sull'azione fisiologica della piressia diatermica che ne dimostrano l'alto interesse fisiopatologico.

Dott. G. MOCCIA. — *Osservazioni cliniche e radiologiche sopra un caso di sindrome scafoidea del Köhler.*

Ponti ossei extraarticolari nella coxite tubercolare.

Prof. F. DELITALA. — L'O. presenta due casi operati l'uno da sei mesi, l'altro da un anno nei quali ha ottenuto un'anchilosi ossea in buon atteggiamento con scomparsa del dolore e della deambulazione autalgica. È favorevole al lembo osseo abbassato dall'ala iliaca e fissato al gran trocantere, rispettando la capsula articolare; non crede indicata l'artrodesi extra-articolare nei casi di coxite in atto.

Dott. C. CICERI. — *Una osservazione di carcinoma cistico bilaterale delle ovaie in isterectomizzata.*

Le variazioni della glicemia in corso di pancreatiti acute e croniche.

Dott. S. GABRIELLI. — L'O. riferisce di alcune ricerche praticate su ammalati affetti da pancreatiti acute e croniche nei riguardi delle variazioni del glucosio ematico e ne espone risultati interessanti per la pratica.

Nefrite malarica da infezione quartanaria.

Dott. G. DALLA TORRE. — L'O. illustra un caso di nefrite osservata in un uomo in corso di infezione malarica. L'assenza di ogni altro dato etiologico, porta l'O. a ritenere si sia trattato di una forma di nefrite malarica e a ciò sarebbero conferma alcune delle caratteristiche presentate da detta nefrite, quali l'azotemia elevata; gli edemi modici, lo scarso aumento della pressione sanguigna. La forma, che decorse con particolare gravità, lasciò lesioni permanenti del parenchima. Ricorda la rarità con cui sono state notate lesioni renali nell'infezione quartanaria nei nostri climi in contrasto con le osservazioni di Giglioli nella Guaiana Inglese ed infine come per la patogenesi della lesione renale si invoca non l'azione diretta del plasmodio, sempre scarso nei capillari renali, ma quella di tossine che nell'organismo si producono in causa dell'infezione stessa.

Epitelioma primitivo dell'ovaio, torto sul peduncolo in 13enne.

Dott. E. POLICHETTI. — L'O. comunica l'esito in guarigione, che permane da due anni, in una ragazza 13enne, alla quale venne asportato un tumore dell'ovaio destro, torto sul peduncolo e rotto nel polo superiore, per cui coesisteva emoperitoneo. Il tumore, del peso di Kg. 1,650, era un epitelioma altamente maligno, a tipo encefaloide, con una consensuale reazione mesenchimale.

Associazione di pneumotorace e frenicoexeresi.

Dott. C. DIAMANTI. — L'O. descrive un caso di tubercolosi polmonare ulcerativa destra trattata con pneumotorace e successivamente con frenicoexeresi per sinfisi consecutiva a pleurite metapneumotoracica. Durante il trattamento collassoterapico di un lato ebbe luogo nell'altro la guarigione spontanea di una caverna tubercolare, clinicamente e radiologicamente accertata.

Il Segretario: Dott. ALBERTO VANNI.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta del 2 novembre 1932.

Presidenza: prof. DALLA PALMA, vice-presidente.

Il trapianto osseo nella cura dei tumori diafisari.

Prof. G. PIERI. — Il trapianto libero autoplastico di osso può essere una preziosa risorsa nei casi di tumori delle ossa lunghe, evitando le operazioni demolitive degli arti; ma rappresenta sempre in questi casi una operazione di una certa gravità, e aleatoria nei risultati.

Recentemente l'O. l'ha praticata in 5 casi, che illustra con la relativa documentazione radiologica e anatomo-patologica.

In un uomo di 27 anni con un osteocondroma del braccio grosso più di una testa di feto fu resecata oltre la metà dell'omero sostituendola con un segmento peroniero. Si ebbe morte dopo 20 ore dall'operazione in stato di shock, malgrado fossero state praticate tutte le possibili provvidenze, compresa la trasfusione.

Un giovane di 17 anni subì la resezione dei due terzi inferiori del femore per sarcoma fusocellulare molto voluminoso, con sostituzione di una stecca tibiale lunga 27 centimetri che venne con-

fitta nell'epifisi tibiale. Una rapida recidiva costrinse dopo 3 mesi all'amputazione.

In una bambina di 7 anni con sarcoma gigantocellulare della metà superiore della tibia il tumore fu resecato e sostituito con un segmento di perone. Si verificò necrosi ischemica della gamba che costrinse alla disarticolazione.

In un uomo di 52 anni con osteocondroma della clavicola grosso come un mandarino si resecò il terzo esterno dell'osso sostituendolo con un segmento di perone. Si ebbe buon risultato, malgrado la eliminazione parziale del trapianto.

Un ragazzo di 11 anni presentava un sarcoma gigantocellulare del terzo superiore dell'omero grosso come un limone che aveva determinato frattura dell'osso. Fu resecata nell'ottobre 1931 la metà superiore dell'omero (conservando la testa, sezionata al collo anatomico) e sostituita con un segmento di perone. Questo ha attecchito ma si è prodotta fra la sua estremità superiore e la testa una pseudoartrosi, malgrado la quale i movimenti del braccio sono ampi e validi.

Un caso di piede di Madura.

Dott. Bombi e Bortolozzi. — È questo il 12° caso di piede di Madura pubblicato in Italia, e concerne una malata di 48 anni nella quale durante la pubertà si era sviluppata una sindrome acromegalica rimasta poi stazionaria. Cinque anni fa si iniziò un ingrossamento del piede in corrispondenza al suo margine esterno e si estese al resto del piede, senza speciali disturbi, salvo quelli che derivarono dall'ingrossamento progressivo e mostruoso del piede, sulla cui superficie si formavano sporgenze verrucose che si ulceravano, con secrezione purulenta e fetida. La gamba presentava solo un edema duro della sua parte inferiore; grosse ghiandole inguino-crurali mobili e indolenti.

Fu praticata l'amputazione della coscia al terzo inferiore, e l'asportazione delle linfoghiandole dell'inguine.

Gli OO. presentano il pezzo anatomico asportato (in cui sono ben visibili i granuli biancastri micotici), le radiografie praticate prima dell'operazione, i preparati microscopici e le culture eseguite: in queste il fungo si è sviluppato sotto forma di una muffa dapprima bianca e che coll'invecchiare acquista un colorito grigiastro.

La inoculazione nelle cavie ha dato risultato negativo.

La radiologia nelle affezioni gravi tubercolari del polmone.

Prof. M. Lapenna. — L'O. presenta i radiogrammi di un giovane soggetto nel quale l'indagine clinica aveva messo in rilievo una sintomatologia ad insorgenza acuta, del tipo infettivo, che era andata man mano risolvendosi fino alla scomparsa della febbre e al ripristino dello stato generale buono. L'indagine radiologica rilevava invece, in contrasto con questa sintomatologia che non comprendeva alcun segno a carico dell'apparato respiratorio, una disseminazione di piccoli focolai nodulari in tutto il polmone, con i caratteri tipici della granulia miliare. Tale reperto persiste da parecchi mesi immutato, a condizioni generali e locali del soggetto ottime; solo negli ultimi giorni è comparsa lieve dispnea negli sforzi e una diminuzione della capacità polmonare, piccoli segni che fanno temere l'insorgenza di più gravi sintomi clinici.

Da questa descrizione l'O. trae occasione per mettere in evidenza il valore dell'esame radiologico anche in talune forme gravi di lesioni polmonari, come queste speciali forme di tubercolosi miliare cosidetta fredda, nelle quali per lungo tempo i segni fisici e clinici mancano e sono estremamente scarsi.

Su un caso di meningite puriforme asettica.

Prof. R. Dardani. — L'O. riferisce su un caso di meningite purulenta asettica osservata in una bambina di 9 anni, comparsa secondariamente a una otite media e terminata colla morte della paziente.

Il quadro clinico fu quello di una meningite purulenta; il liquor, decisamente puriforme durante tutta la fase della malattia, durata 26 giorni (la bambina venne all'osservazione dell'O. in decima giornata) risultò sempre sterile e non si ebbe alcuna modificazione della polinucleosi osservata sin dal primo esame. L'O. fa rilevare che la prognosi della m. p. a. secondaria ad otite è relativa principalmente alla terapia del processo otitico, terapia chirurgica, e che per essere efficace deve essere precoce.

Il Segretario: Dott. G. Locatelli.

Società Medico-Chirurgica Trevisana.

Seduta del 25 novembre 1932.

Presidenza: Prof. Fiorani.

Il Presidente commemora il Primario radiologo dott. Carlo Sisto morto qualche mese innanzi, e che fu fondatore del Reparto radiologico dell'Ospedale Civile di Treviso. Seguono quindi le comunicazioni.

Trattamento del torcicollo muscolare congenito.

Prof. Calzavara. — Presenta due casi operati a breve distanza. In base a questi ed alla sua personale esperienza crede che la malattia sia dovuta ad un'infiammazione cronica (miosite) dello sterno-cleido-mastoideo, infiammazione che trova il terreno predisposto da lesioni riportate dal muscolo durante parti difficili. Quanto alla cura da usarsi egli ritiene di consigliare in ogni caso la tenotomia a cielo scoperto, seguita da apparecchio ipercorrettivo. Se non si può ottenere il raddrizzamento della testa con questo metodo, o se l'affezione tende a recidivare, si deve senz'altro ricorrere all'estirpazione larga del muscolo leso. In ogni caso la cura dev'essere precoce e si deve eseguire anche nei primi mesi di vita, anche immediatamente dopo la nascita.

Alla discussione prendono parte i proff. Grollo e Bozzoli di Treviso e il dott. Bombi di Montebelluna.

Riduzioni sotto schermo delle fratture articolari ed juxta-articolari.

Dott. A. Cester. — L'O. espone, ed illustra con numerose radiografie, alcuni interessanti casi di queste fratture (in uno v'è ad un tempo frattura e lussazione) nei quali egli ottenne una riduzione perfetta operando sotto continuo controllo radiologico. L'O. ne trae occasione per dimostrare i grandi vantaggi presentati dal metodo di riduzione sotto schermo in confronto delle manovre ortopediche cieche finora quasi prevalentemente eseguite.

La comunicazione è favorevolmente commentata dal prof. Calzavara.

Considerazioni sul valore diagnostico della "papilla da stasi,, e su un errore di diagnosi.

Prof. BOZZOLI. — L'O. presenta un interessante caso di « tumor cerebri » della regione soprasellare e chiasmatica, i cui sintomi, tra i quali l'atrofia primaria, avevano dato luogo ad errore di diagnosi. L'O. dimostra come tale errore fosse inevitabile al lume di logica clinica e per la specialissima sintomatologia. Trae da questo caso varie considerazioni sul significato moderno della « papilla da stasi » la quale vuol solo e sempre significare aumento della pressione intracranica, e non dà affatto ragguagli sulla sua etiologia. Richiama l'attenzione dei Colleghi internisti e neurologi sul fatto che il quadro della papilla da stasi rarissimamente è sintoma isolato, ma si accompagna sempre ad altri sintomi, quali la cefalea, il vomito, la vertigine, turbe motorie dei nervi cranici, ecc., sintomi che nel loro complesso solo possono autorizzare una diagnosi etiologica e talora di sede della cerebropatia. Alla comunicazione segue un'interessante discussione del prof. Rubinato e del dott. Gasparinetti.

Sull'agente etiologico di un caso di piede di Madura.

Dott. BORTOLOZZI. — Considerata la rarità dell'affezione in Italia e la varietà dei miceti capaci di determinarla, l'O. riferisce di un caso dovuto a « thricotecium roseum », osservando in proposito come sia dato assai di rado riscontrare patogeno questo fungo che pure è abbastanza comune.

Seduta del 28 dicembre 1932.

Presidente: Prof. P. L. FIORANI-GALLOTTA.

Considerazioni intorno a 275 intervenuti per ulcera gastrica e duodenale.

Prof. D. CALZAVARA. — L''O. espone i risultati ottenuti che sono ottimi specialmente per quanto riguarda i casi operati con resezione gastro-duodenale. Tale operazione è una delle più difficili di tutta la chirurgia addominale ed esige una perfetta organizzazione operatoria (affiatamento perfetto fra operatore ed assistenti, strumentario adatto, ecc.) in modo che i vari tempi del complesso atto operativo vengano eseguiti con la massima celerità ed esattezza. Per questa operazione l'O. si serve dell'anestesia locale perchè le anestesie generali aggravano assai l'intervento e sono causa di elevata mortalità postoperatoria. Negli ultimi 38 interventi eseguiti con anestesia locale l'O. non lamentò alcun decesso. Egli aggiunge che non sempre le ulceri gastro-duodenali richiedono l'intervento chirurgico, ma che molte volte, secondo il periodo della loro evoluzione, vanno affidate al trattamento medico.

Concetti attuali nella terapia dell'empiema pleurico dell'infanzia.

Dott. G. BOMBI. — L'O'. richiama l'attenzione sulla terapia di questa forma mediante i nuovi metodi di cura medica secondo Gralka e secondo Cocchi. Riferisce su tre casi curati personalmente con le iniezioni intrapleuriche di taurocolato di sodio ottenendo la guarigione, e conclude che in tutti i casi di empiema infantile da pneumococco si debba sempre tentare la cura alla Cocchi prima di affidare il malato al chirurgo. Per gli empiemi causati da altri germi l'O. crede che il metodo chirurgico debba invece aver la precedenza, almeno nelle forme di accentuata gravità, e, sulla base di 47 interventi personalmente eseguiti con 39 guarigioni, pensa che sia in ogni caso da ricorrere alla pleurotomia con resezione costale, come quella che realizza al massimo il vantaggio fondamentale del metodo chirurgico, e cioè il drenaggio ampio di tutti i prodotti patologici dal cavo pleurico.

Rara complicanza dell'erisipela.

Dott. M. BORTOLOZZI. — L'O., constatata la rarità della complicanza peritoneale nel corso dell'erisipela, ne illustra un caso osservato al tavolo anatomico in un bambino di 13 giorni, nel quale l'affezione era sorta in seguito ad escoriazione superficiale dello scroto. Oltre ai dati clinici ed anatomopatologici l'O. riferisce circa esperienze eseguite sui conigli con lo streptococco isolato dal peritoneo del cadaverino, ottenendo nell'animale la riproduzione delle lesioni che si ottengono comunemente con gli streptococchi di questo tipo.

Dott. G. ZANNIER. — *Cutivaccino.*

Il Segretario: Prof. BOZZOLI.

Società Maremmana di Medicina e Chirurgia.

Adunanza del 26 novembre 1932.

Indicazioni e tecnica dei trapianti tendinei nel piede torto paralitico.

Prof. M. FRANCINI. — L'O. dopo avere riassunto la patologia dei reliquati paralitici della poliomielite acuta anteriore, illustra un caso da lui recentemente operato di piede equino varo paralitico grave, in una giovane di 15 anni, nella quale praticò il trapianto totale sottocutaneo del tibiale anteriore e transinterosseo del tibiale posteriore sul periostio del cuboide secondo Lange, allungò la metà mediale dell'achille e la metà laterale impiantò sui peronei. Resultato funzionale soddisfacentissimo.

Le iniezioni endovenose di adrenalina nelle splenomegalie malariche.

Dott. B. DE LUCA. — L'O. riassume i resultati ottenuti in 10 casi nei quali praticò iniezioni di dosi minime variabili da 1/100 ad 1/10 di mmg. ottenendo in 7 forte riduzione del tumore ed in 3 esito negativo. Consiglia di tentare il metodo nei casi non cronicissimi di splenomegalia, nei quali ultimi le alterazioni sclerotiche anatomopatologiche non permettono la spremitura della milza.

Un caso di rene ectopico pelvico con malformazione pielo ureterica, complicato da idronefrosi e litiasi.

Dott. A. BONACCORSI. — L'O. illustra un rarissimo caso nel quale la diagnosi laboriosissima si ebbe, dopo molteplici esami clinici, radiologici e funzionali, soltanto con la pielografia discendente (uroselectan).

L'infermo fu operato dal prof. Francini di nefrectomia per via iliaca paraperitoneale, con felice esito. L'O. mostra il pezzo anatomico.

Il Segretario: dott. BENEDETTO DE LUCA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

OSPEDALE CIVILE DI CHIETI
REPARTO CHIRURGICO
diretto dal Prof. SERTORIO MARINACCI.

Considerazioni su un caso di litopedio

per il dott. MANFREDI CAMPANA, aiuto.

Un esito relativamente raro della gravidanza extrauterina è rappresentato dalla ritenzione per lungo tempo del feto morto nella cavità addominale.

Alcune volte anzichè verificarsi la rottura della tuba seguita come sempre da cospicua emorragia e dalla distruzione dell'uovo, può avvenire la rottura delle membrane ovulari, onde il prodotto del concepimento fuoriuscito dall'apertura della sacca perviene in cavità addominale attraverso l'ostio tubarico, continuando il suo sviluppo fino ai mesi inoltrati della gestazione e, talora, fino alla maturanza. Vario è il decorso di questa gravidanza addominale secondaria e il contegno del peritoneo rispetto al nuovo ospite. Talora si ha scarsa reazione peritoneale, altre volte, invece, una estesa essudazione fibrinosa stabilisce cospicue aderenze fra il feto e gli organi addominali e, se lo sviluppo si protrae ai mesi più avanzati, la placenta può perfino invadere il peritoneo e gli organi vicini. Il feto generalmente muore prima di raggiungere la sua maturanza e segue allora la sorte dei corpi estranei. Infatti durante la sua ritenzione, si producono delle particolari modificazioni anatomiche che sono state ben studiate da Kuchenmeister e Léopold. Questo ultimo autore ha dimostrato sperimentalmente che i giovani embrioni vengono in breve tempo digeriti e riassorbiti dal peritoneo. Quando invece lo sviluppo fetale è più inoltrato si verifica o l'incapsulamento o la suppurazione o il disfacimento per arrivo di germi. L'incapsulamento si verifica raramente ed è l'esito più favorevole per la madre. Esso si produce quando avendo l'uovo in toto nella cavità addominale, le acque amniotiche vengono assorbite e le membrane aderiscono al corpo fetale, il quale a sua volta si raggrinza e si mummifica. Il peritoneo avvolge l'intera massa in una capsula fibrinosa che più tardi diventa connettivale. In secondo tempo può verificarsi un deposito di sali calcarei nelle membrane e nel corpo fetale e in tal caso il feto ectopico acquista il nome di litopedion. Secondo Kuchenmeister bisogna parlare di litokelifi quando l'infiltrazione calcarea ha raggiunto soltanto le membrane che avvolgono il feto. In tal caso si ottengono dei gusci calcarei contenenti feti macerati o mummificati. Quando la infiltrazione calcarea invece si è compiuta nelle membrane e nel feto si ha il litokelifopedion. Quando infine il feto totalmente calcificato e spoglio dei suoi involucri è libero nella cavità addominale, si ha il litopedion. Secondo le ricerche di Strauss e di Krauss più frequente sarebbe il litopedion, meno frequente il litokelifo, più raro ancora sarebbe il litokelifopedion.

Quando al feto ectopico invece, e questo è l'esito più comune, arrivino germi piogeni dal sangue materno o dalle vicine anse intestinali, si ha la suppurazione.

Questa può intervenire anche a lunga distanza dalla morte del feto, dopo un periodo più o meno lungo di ritenzione, ed in tali casi generalmente si formano raccolte purulente circoscritte che, partendo dalla sacca fetale, si aprono all'esterno attraverso il retto, la vagina, la vescica, la parete addominale, ecc.

Attraverso queste vie, insieme al pus, vengono eliminati i tessuti e lo scheletro fetale. Alcune volte invece si ha la peritonite generalizzata a decorso rapidissimo.

Fra i casi di feti ritenuti a lungo nella cavità addominale vanno ricordati specialmente quello di Sens, portato per 28 anni, di Leinzell per 46 anni, di Chiari per 50 anni, di Sappey per 56 anni, di Weatherhead per 40 anni, di Weibel per 27 anni, di Lumpe per 23 anni, di Wagner per 29 anni, di Wirchow per 60 anni, ecc. Kuchenmeister raccolse 48 casi di litopedio; molto recentemente il Krauss ne ha raccolti 25 casi.

Generalmente non offre particolari difficoltà la diagnosi di ritenzione addominale di feto morto e calcificato, quando l'anamnesi offre rilievi caratteristici per una pregressa rottura tubarica. Invece è difficile il diagnostico quando sia trascorso molto tempo dalla morte del prodotto dal concepimento. In tal caso sono scomparsi i sintomi della gravidanza, attenuati e confusi i ricordi anamnestici che hanno un grandissimo valore nella diagnosi della gravidanza ectopica, normale il volume dell'utero, per cui l'esito della gravidanza ectopica può essere confuso con altre condizioni morbose e specialmente con tumori o cisti o processi infiammatori a sviluppo pelvico. Per

tali considerazioni ho ritenuto opportuno illustrare brevemente la storia clinica di una donna portatrice di un litopedion la quale è stata da me recentemente operata.

M. G., a. 42, Chieti.

Gentilizio immune. Nata da parto normale non ha sofferto malattie degne di nota. Mestruata a 21 anni. Ha sposato a 22 a. un uomo apparentemente sano. Dopo quattro mesi dal matrimonio ha avuto un aborto spontaneo completo. Poi le mestruazioni sono ritornate regolari. Dopo tre anni ha avuto una gravidanza condotta a termine. Anche dopo il parto le mestruazioni si sono ristabilite regolari. Dopo aver avuto altri due figli, dei quali uno è attualmente vivente e l'altro morì a 5 mesi per gastro-enterite, ha mantenuto regolare il ciclo mestruale. Otto anni or sono ebbe un aborto incompleto per cui si rese necessario lo svuotamento strumentale. Ebbe poi mestruazioni regolari, fino al 1927. Da tale epoca cominciò ad avvertire irregolarità mestruali consistenti in accorciamento dei periodi intermestruali, aumento della quantità di sangue, dolori al basso ventre ed ai lombi. Tali disturbi si sono sempre più aggravati, tanto che la paziente ha avuto delle vere e proprie emorragie due o tre volte al mese, con dolori diffusi a tutto l'addome, vomito frequente e stitichezza ostinata. Nei quattro anni di durata di questi disturbi la paziente è stata visitata da molti Sanitari che hanno consigliato l'intervento chirurgico per fibromioma dell'utero.

Esame obbiettivo. — Condizioni generali scadenti. Cute e mucose molto pallide. Nulla a carico degli organi toracici. L'ispezione dell'addome è negativa come pure la palpazione. Il riscontro vaginale permette di rilevare collo uterino ingrossato e duro, corpo dell'utero aumentato di volume, duro ed irregolare. In corrispondenza del fornice sinistro e del parametrio dell'istesso lato si avverte una massa dura che appare in intimi rapporti di continuità col corpo uterino. In alto e posteriormente si avverte ancora un'altra massa dura, grande come un pugno, che pur essa appare unita al corpo uterino del quale segue i movimenti di lateralità. Isterometria 10 cm.

Si conferma la diagnosi di fibroma dell'utero con un nodulo intraligamentoso sinistro e un altro sottosieroso.

Wassermann: negativa.

Esame delle urine: negativo.

OPERAZIONE: Mass eteronarcosi. Posizione di Trendelenburg. Incisione ombelico-pubica.

Dopo aver isolata la cavità del bacino a mezzo di compresse, si mette in vista l'utero che appare alquanto ingrossato e di consistenza duro-elastica. Posteriormente e al disopra di esso si rileva una massa che si muove liberamente nella cavità addominale essendo soltanto mantenuta unita all'annesso di sinistra da un cordone grosso come un mignolo e lungo circa 6 cm.

Si riconosce subito in questa massa un feto calcificato e si asporta per sezione del cordone. Il legamento largo sinistro appare disteso da una massa rosso-brunastra che viene asportata dopo apertura del foglietto peritoneale del legamento largo stesso. Si sutura la breccia peritoneale e si chiude a strati la parete.

Esito: guarigione *per primam*.

La massa asportata per prima dall'addome, libera da ogni aderenza con i visceri e soltanto riunita all'annesso sinistro da un cordone grosso come un indice e lungo circa sei centimetri, si presenta sotto forma di un ovoide il cui asse maggiore è di circa cm. 15 e il minore di circa cm. 10; il suo peso è di circa grammi 300. Tutto l'ovoide è rivestito di una pellicola aderente, lucida e trasparente e in esso è nettamente riconoscibile un feto calcificato nel classico atteggiamento della vita intrauterina. Si distingue così il cranio con le varie ossa e relative suture, il tronco e, sulla superficie ventrale, i quattro arti che presentano numerose lussazioni.

La massa invece enucleata dal legamento largo è di forma rotondeggiante, pesa circa 250 gr. e macroscopicamente appare costituita dalla placenta fornita ancora di un moncone di cordone ombelicale e da coaguli di sangue in via di organizzazione.

CONCLUSIONI.

Nel nostro caso l'anamnesi era completamente muta nei riguardi della rottura tubarica ed è da supporre che i sintomi siano stati poco evidenti in modo da sfuggire all'attenzione della donna.

Si può però presumere che la gravidanza ectopica e la conseguente rottura tubarica si

siano verificati circa otto anni fa e che l'espressione di una decidua abbia fatto scambiare la rottura tubarica con l'aborto incompleto. I disturbi lamentati dopo tale epoca, che si accentuavano sempre più, erano con tutta probabilità dovuti ai fatti congestivi e aderenziali locali che si andavano lentamente determinando per la presenza dell'ovulo fetale nella cavità peritoneale.

Poichè nessun dato anamnestico ci faceva sospettare una pregressa gravidanza ectopica, la storia clinica dell'inferma e l'esame obiettivo ci inducevano a confermare la diagnosi di fibroma uterino, già espressa da altri sanitari.

Infatti la presenza di menorragie in primo tempo e di vere e proprie metrorragie in secondo tempo, la durezza del collo uterino, l'ingrossamento e l'irregolarità della superficie del corpo dell'utero, la presenza di due masse dure aventi rapporto di continuità coll'utero stesso, il risultato dell'isterometria, ecc. ecc., ci sembravano argomentazioni di molto valore a favore della nostra diagnosi.

Non fu eseguita la ricerca radiografica che forse avrebbe potuto acclarare la diagnosi, ma si può anche ammettere che i risultati dell'esame clinico rendessero superflua tale ricerca.

D'altra parte è lecito supporre che, se la radiografia avesse soltanto permesso di accertare la presenza di una massa calcificata, senza farci riconoscere in essa uno scheletro fetale, il dubbio diagnostico sarebbe rimasto fra un litopedio e un fibroma parzialmente calcificato.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di litopedion ritenuto per circa otto anni nell'addome ed asportato chirurgicamente.

N. B. - La Bibliografia viene aggiunta nell'estratto.

CASISTICA E TERAPIA.

Influenza.

Dopo aver fatto rapidamente la storia della influenza H. Morley Flatcher (*The Practitioner*, gennaio 1933) riassume quanto si sa sull'argomento.

Probabilmente l'infezione si trasmette da uomo a uomo attraverso « goccioline » emesse colla tosse; questa via di trasmissione unita al brevissimo periodo d'incubazione spiega l'enorme estensione che la malattia può prendere. L'agente etiologico è probabilmente un virus filtrabile e provoca una diminuita resistenza ad infezioni da pneumococchi, streptococchi, stafilococchi, che sono causa di gran parte delle complicazioni dell'influenza.

L'epidemia influenzale è certamente periodica, ed ha esacerbazioni stagionali (novembre e febbraio-marzo); ogni ondata dura 5-6 settimane.

I bambini e i vecchi hanno una certa immunità, ma se sono colpiti dànno elevate mortalità.

Le lesioni anatomiche più importanti riguardano l'apparato respiratorio.

L'incubazione è brevissima: in media di 2 giorni. L'inizio è improvviso, a volte fulminante, con cefalea, dolori al dorso, agli arti e agli occhi, senso di malessere e prostrazione, a volte con nausea e vomito. La temperatura sale rapidamente, frequente è l'epistassi. Il volto è arrossato, la lingua patinosa. Nelle forme gravi v'è cianosi. Inoltre si hanno sudorazioni profuse, tosse a volte parossistica, espettorazione che può essere anche ematica, e si nota spesso comparsa di focolai broncopolmonitici. Il cuore è colpito solo nei casi gravi, in cui si hanno fenomeni di vera deficienza cardiaca. La milza può essere aumentata di volume. Generalmente v'è leucopenia; la leucocitosi compare colle complicazioni (polmonite, empiema, ecc.). Raramente si ha una nefrite acuta. La febbre può durare da 3 a 10 giorni e si possono avere febbrette per alcune settimane dopo. L'immunità che segue alla malattia dura 2-3 mesi. La convalescenza è lenta ed accompagnata da prostrazione e insonnia.

I tipi clinici dell'influenza sono: il catarrale semplice, il pneumonico, il gastrointestinale e l'apirettico.

Le complicanze e sequele possono essere: la anosmia che può durare più o meno tempo (anche mesi), la sordità transitoria, l'otite, la congiuntivite, la paralisi dei muscoli oculari esterni, la neurite e l'atrofia dell'ottico, nevrastenia, meningite, mielite, polinevrite, encefalite, sinusite, tubercolosi, endocardite, pericardite, miocardite, nefrite.

La diagnosi non è difficile specialmente in periodo epidemico.

Per la profilassi è bene evitare, in periodo epidemico, di frequentare ritrovi pubblici; sarà bene aereare abbondantemente le camere. Utili possono essere i gargarismi con soluzione di permanganato 1:4000. Molto usati sono pure i vaccini misti, che, secondo ampie statistiche, dànno notevole riduzione percentuale delle complicazioni. Si è consigliato di recente l'uso di vitamine (A e D).

La cura consiste nel riposo in letto, ventilazione buona della camera, purgante (calomelano seguìto da purgante salino), polvere del Dover se c'è tosse. Si darà da bere abbondantemente. Non c'è nessun rimedio specifico dell'influenza. Si useranno, caso per caso,

i comuni rimedi sintomatici adatti alle varie manifestazioni morbose.

Nella convalescenza si avranno molti riguardi, e se vi sono stati durante la malattia segni di deficienza cardiaca, si continuerà per qualche giorno la somministrazione di digitale. Spesso è utile un cambiamento d'aria (specialmente un soggiorno in clima marino). Si prescriveranno anche tonici (arsenico, ferro, stricnina, chinina). R. LUSENA.

Bronchite acuta.

La bronchite acuta osserva C. Blaxland Levick (*The Practitioner*, genn. 1933), è sempre infettiva, ma non si può incolparne alcun germe, perchè nell'espettorato si trovano abitualmente streptococchi, stafilococchi, b. di Pfeiffer e microc. catarrhalis. Più che un fenomeno isolato si deve considerare come parte dell'infiammazione acuta delle vie respiratorie. La diagnosi si fa per i sintomi: tosse, bruciore doloroso alla porzione alta dello sterno, ronchi e rantoli.

Non c'è una cura specifica. La profilassi in periodo epidemico è quasi impossibile. Nei predisposti a raffreddori si possono usare vaccini a scopo profilattico; è bene anche astenersi dal frequentare luoghi pubblici chiusi.

Secondo alcuni, la vaccinoterapia è anche efficace come cura abortiva. Utile è l'aspirina con calomelano, associati a bevande calde. Nel primo periodo, oltre la permanenza in camera calda e a temperatura costante ed aria umida, ipecacuana e oppio, con dieta liquida, calda. Poi si possono dare espettoranti. Si proibisca di fumare, mentre si permetta di bere bevande alcooliche se i pazienti vi sono abituati. Se la tosse è fastidiosa si dia un calmante.

La convalescenza suol essere lunga, specialmente nei bambini. R. LUSENA.

La meningite influenzale.

La frequenza della meningite influenzale è stata molto discussa; si ritiene che tale complicazione sia molto frequente, specialmente da quegli autori che, come Capitain, danno il nome di meningite a tutti i fatti di meningismo osservati durante delle influenze gravi iperpiretiche, rapidamente mortali.

Osserva invece H. Schaeffer (*La Presse Médicale*, 13 agosto 1932) che le meningiti e, a più forte ragione, le meningo-encefaliti influenzali sono rare anche in periodo epidemico. Si tratta talvolta di forme purulente dovute all'azione isolata od associata del virus grippale e dei microbi di sortita che si trovano nel liquor (pneumococco, streptococco, enterococco, ecc.); altre forme, invece, non sono purulente e sembrano dovute al virus influenzale; in tal caso, non si trovano mai germi nel liquor, nè all'esame diretto, nè in cultura.

Le meningo-encefaliti sarebbero legate a due tipi diversi di lesioni anatomiche. In alcuni casi, una reazione meningea, generalmente discreta, si complica con un'arterite, che realizza una lesione focale localizzata.

In tali casi, la paralisi ha un inizio più o meno brusco ed è di solito definitiva, sicchè tali forme, meno gravi per l'esistenza del malato, lasciano un deficit funzionale sempre serio.

Altre volte, come nel caso descritto dall'A., la reazione meningo-encefalica sembra la conseguenza di un attacco congestizio ed edematoso dei centri nervosi, senza arterite localizzata. La reazione meningea e citologica è generalmente più intensa, ma se il malato sopravvive agli accidenti, l'evoluzione dei fenomeni paretici è molto più favorevole e la *restitutio ad integrum* della funzione non è eccezionale.

Nel caso dell'A., il trattamento è consistito in iniezioni endovenose di salicilato di sodio, di elettrargol e simili. L'A. rileva soprattutto l'importanza di non fare sempre una prognosi molto grave in presenza di meningiti influenzali.

*
* *

Secondo W. Needles (*Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1° ott 1932) la meningite influenzale, pur senza essere comune, non può dirsi malattia rara. Su 1523 casi di meningite verificatisi in New York dal 1910 al 1924, 662 erano dovuti a tubercolosi, 625 al meningococco, 86 al pneumococco, 83 allo streptococco e 51 al gruppo influenzale.

Si manifesta generalmente nell'infanzia e nella fanciullezza, ma talvolta come nel caso dell'A. nell'adulto. Nelle statistiche dei varii autori, la mortalità varia dal 92 al 97 %; la prognosi è migliore nell'adulto. Il caso dell'A. terminò in guarigione, però con lunghissima convalescenza e lasciando una notevole tachicardia.

La sintomatologia non differisce dalle altre forme di meningite purulenta. Per quanto riguarda la cura, la sieroterapia non ha dato finora risultati incoraggianti; la puntura lombare è indicata a scopo palliativo e forse anche curativo. *fil.*

Granulopenia e angina agranulocitica.

Henry Harkins (*Journ. Am. Med. Ass.*, 1° ottobre 1932) basa la sua esperienza su 36 casi di granulopenia ricorrente raccolti dalla letteratura e su 17 casi di granulopenia primitiva e secondaria, osservati nell'Ospedale della Università di Chicago.

Egli ritiene le lesioni orali e la sepsi come secondarie alla lesione midollare. Attribuisce la agranulocitosi primitiva a fatti endogeni come allergia, disendocrinia o deficienza congenita del midollo osseo.

D'altra parte il fattore determinante può essere un agente esogeno (microrganismi sconosciuti, bacillo dell'influenza, veleni chi-

mici, ecc.), che agisca in persone normali o tarate colpendo elettivamente il midollo. Per quel che riguarda il trattamento, l'A. giunge alle seguenti conclusioni: l'antisepsi orale non fa altro che procrastinare l'ingresso dei microrganismi e il loro attecchimento; mentre d'altronde ogni tentativo di rialzare il numero dei globuli bianchi, non salverà la vita del paziente se la sepsi è già troppo avanzata. La trasfusione del sangue e i raggi X, hanno un valore pratico molto dubbio. La chemioterapia risulta generalmente inefficace.

Alcune esperienze su animali, condotte dall'A., dimostrano che anche il nucleotide, che era stato proposto in simili casi, non influenza il decorso della granulopenia dei conigli con avvelenamento acuto da benzene.

M. Torrioli.

Un caso di tisi dell'adulto per esacerbazione del focolaio primario.

Una questione importante e discussa è la modalità di origine della tisi dell'adulto: essa dipenderebbe secondo alcuni da una esacerbazione del focolaio primario, secondo altri da reinfezioni secondarie.

Un caso osservato e seguito da F. Hamburger (*Wien. Klin. Wochenschr.*, n. 39, 1932) parla decisamente in favore della prima ipotesi. I primi sintomi di infezione tubercolare si manifestarono alla età di 1 anno e mezzo, con una cutireazione positiva.

Circa un anno dopo la p. presentava un'infiltrazione del lobo superiore del polmone sin. Negli anni successivi la bambina è stata sempre bene; rivista all'età di 7 anni presentava però ancora una ipofonesi al lobo superiore sinistro, cui radiologicamente corrispondeva un opacamento uniforme. All'età di 20 anni, in seguito a un raffreddamento, ammalò di bronchite diffusa; scomparsi i fenomeni catarrali diffusi, persisteva al lobo superiore sinistro una ipofonesi, con respiro bronchiale e rantoli umidi, consonanti. Espettorato con abbondanti bacilli di Koch. L'esame radiologico dimostrò un opacamento del lobo superiore sinistro con nel mezzo una caverna della grandezza di un uovo di piccione. Pollitzer.

Per troncare gli accessi di emicrania.

L. Hahn (*Med. Klinik*, 1932, n. 37) raccomanda le iniezioni endovenose di cmc. 0,04 di papaverina. L'iniezione riesce bene nella fase angiospastica; in quella di trasudazione e di aumento della pressione cerebrale, danno buoni risultati le infusioni di soluzioni ipertoniche (glucosio o cloruro di sodio).

Dal punto di vista profilattico, ricercare gli allergeni a cui il paziente è sensibile (spesso sostanze alimentari, carne, latte, uova, cioccolata, leguminose) e gli eventuali focolai infettivi. Come cura sintomatica, luminal, bromo, nitrocorpi. *fil.*

SEMEIOTICA.

Sul valore dei referti capillariscopici al dito in pediatria.

Si è ritenuto fino ad oggi, che la regione più adatta per studiare sul vivente i capillari sia quella della plica ungueale.

G. Salvioli (*La Pediatria*, n. 16, 15 agosto 1932) dimostra invece, coi suoi studi, come tale sede non sia la più indicata per simili ricerche, per svariate caratteristiche anatomiche e fisiologiche da essa possedute.

Insegnamenti molto più precisi si otterrebbero, al contrario, eseguendo la ricerca sulla faccia esterna del padiglione auricolare.

Usando poi un apparecchio speciale di propria ideazione, denominato: tonopsatiroscopio, l'A. è riuscito a dimostrare che, al contrario di quanto era stato affermato, l'ansa capillare è già preformata alla nascita. Vengono in tal modo a perdere valore gli schemi proposti per la valutazione evolutiva, basati sopra una supposta morfogenesi dell'ansa stessa.

Si riafferma infine la necessità di procedere allo studio morfologico e funzionale dei capillari limitandosi ad un unico campo, eventualmente ripetendo gli esami su diverse sedi.

M. Faberi.

RUBRICA DELL' UFFICIALE SANITARIO

I provvedimenti per la difesa della viticultura in rapporto alla vigilanza igienica sugli alimenti e bevande.

I provvedimenti per la difesa economica della viticultura di recente emanati con R. Decreto-legge 2 settembre 1932, n. 1225 (Gazz. Ufficiale n. 227 del 30 settembre 1932) contengono alcune disposizioni in materia di vini, vinelli, aceti, sciroppi, conserve, ecc., sulle quali importa richiamare l'attenzione degli ufficiali sanitari perchè modificano notevolmente quelle attualmente in vigore, contenute nel R. Decreto-legge 15 ottobre 1925 per la repressione delle frodi nella preparazione e nel commercio di prodotti agrari (v. *Policl.*, numero 29 del 21 luglio, e n. 34 del 25 agosto 1930).

Vini. — Per i vini il nuovo provvedimento modifica l'art. 13 del decreto-legge perchè vieta senza eccezione la vendita di vini con grado alcoolico inferiore al 10 % in volume se rossi e del 9 % se bianchi, elevando così di un grado i precedenti limiti di tolleranza. Inoltre, nei locali di vendita diretta al consumatore, è fatto obbligo di indicare al pubblico, in modo bene evidente, il grado alcoolico del vino, tranne per quello venduto in fiaschi o bottiglie già confezionati e portanti l'indicazione del nome del vino e del produttore.

E' vietato aumentare artificialmente il grado alcoolico del vino mediante la concentrazione o l'aggiunta di mosto concentrato.

Vinelli. — Contrariamente alle disposizioni

preesistenti, è vietato di vendere o detenere per vendere il vinello, fatta eccezione per quello destinato alla distillazione (che deve essere addizionato con calce fino a reazione quasi neutra) o alla fabbricazione dell'aceto (che deve essere addizionato con almeno il 15 % di aceto di vino in modo da risultare nettamente acido).

Aceti. — Le nuove disposizioni ammettono due soli tipi di aceto commestibile, l'*aceto* o *aceto di vino*, ottenuto dal vino o dal vinello, col 5 % di acidità totale e con esclusione di materie coloranti e di altre sostanze, e l'aceto ottenuto dalla fermentazione acetica dell'alcool etilico. Questo deve esser venduto come *aceto di spirito* e può esser commerciato esclusivamente per la conservazione dei prodotti agricoli e non può esser mescolato con l'aceto di vino, nè colorato artificialmente.

Sciroppi e conserve. — Le definizioni relative ad alcuni di questi prodotti contenute nell'art. 37 del R. Decreto-legge del 1925, sono state alquanto modificate nelle nuove disposizioni, le quali riservano il nome di *succo, mosto* e simili di un dato frutto al liquido ottenuto per spremitura dal frutto stesso, con o senza concentrazione. Col nome di *sciroppo* è definita la soluzione acquosa di saccarosio e come *sciroppo di un dato frutto* il liquido ottenuto mescolando il succo o mosto del frutto, concentrato o no, con saccarosio o soluzione di saccarosio.

Il nome di sciroppo, seguito dall'indicazione di una data pianta, si deve usare solo per le soluzioni di saccarosio con aggiunta di estratti o tinture ricavate da frutti, semi, cortecce, bucce, radici, foglie, fiori o altre parti della pianta.

Restano invariate le disposizioni vigenti sulle conserve, marmellate e gelatine di frutta.

Una notevole innovazione è costituita invece dal divieto di preparare e mettere in commercio sciroppi composti in tutto o in parte, con essenze sintetiche o comunque non rispondenti alle definizioni sopra indicate. Con ciò si vengono a proibire i cosiddetti sciroppi artificiali che erano permessi dalle precedenti disposizioni.

Nella preparazione degli sciroppi di frutta e di piante è ammessa l'aggiunta di glucosio in quantità non superiore al 25 % della ricchezza zuccherina totale e purchè il prodotto sia venduto con l'indicazione ben evidente di *sciroppo contenente glucosio o glucosato.* Fatta eccezione per i succhi d'uva, è permessa anche l'aggiunta di sostanze coloranti innocue, a norma del R. Decreto 30 ottobre 1924, numero 1938, a condizione che lo sciroppo porti la scritta ben evidente: *colorato con colori consentiti dalle disposizioni sanitarie.* Per tutti gli sciroppi è consentita l'aggiunta di acido citrico naturale o di acido tartarico naturale. Ai succhi di frutta si può anche aggiungere anidride solforosa in quantità non superiore a milligrammi 350 per chilogramma.

I prodotti destinati all'esportazione possono contenere anche le sostanze antifermentative ammesse negli Stati di destinazione.

Saranno emanate le norme regolamentari per l'esecuzione della nuova legge, la quale frattanto entra in vigore col 1° novembre 1932 per la parte riguardante i vini, vinelli ed aceti, e col 1° gennaio 1933 per quella relativa agli sciroppi, conserve, ecc.

Il decreto, di cui abbiamo indicato le parti che interessano la vigilanza annonaria, è stato ispirato da finalità prevalentemente economiche in quanto mira ad accrescere l'utilizzazione ed il consumo dei prodotti della viticultura. Se, come igienisti, potremo fare qualche riserva sull'elevamento del grado alcoolico dei vini messi in commercio e sul divieto di vendita dei vinelli, dobbiamo invece pienamente approvare gli altri provvedimenti che valgono a meglio tutelare la genuinità dei prodotti e ad impedire l'uso di tutte quelle bevande a base di essenze artificiali, che, anche quando non sono nocive, non possiedono certo le ottime qualità igieniche ed alimentari delle bevande ottenute dai prodotti naturali dei nostri frutteti e delle nostre vigne.

A. FRANCHETTI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. n. 9670:

Una infermiera italiana, regolarmente diplomata, e con lungo servizio in ospedale americano, può trovare occupazione in ospedali italiani?

Sì; occorrono però: certificato di cittadinanza italiana, corso preparatorio, esame di Stato, diploma di esercizio italiano, non oltre 30 anni di età.

Gli ospedali italiani hanno un Corpo regolare di infermiere corrispondenti presso a poco alle « nurses ».

T. F.

VARIA.

Le cause del regresso delle nascite.

Su questo fenomeno che si osserva nei paesi civili, ha scritto recentemente una monografia U. Sternberg, analizzata in *Arch. gen. di neurologia, psich. e psicoan.*, 1932, n. II. L'A. ha studiato specialmente alcune nazioni ad alta coltura (Francia, Germania, Svezia) od a nuova coscienza sociale (Russia bolscevica). Per i paesi dell'occidente europeo, la regressione è data: 1) Dall'aspirazione individuale ad un elevamento sociale che fa passare in seconda linea i fattori affettivi a favore degli utilitaristici; 2) Dal movimento di emancipazione della donna; 3) Dallo spirito capitalistico; 4) Dallo spostamento delle età relative al matrimonio ed alla generazione.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

TRIBUNA LIBERA

A proposito di concorsi ospedalieri a primari chirurghi.

Al prof. Roberto Alessandri è pervenuta la seguente lettera:

Illustre Professore,

Il caso a Lei riferito dal prof. Tansini e da Lei autorevolmente commentato nel n. 50 (1932) di questo giornale, al solo scopo di trarne argomento per sostenere che la prova di Medicina operatoria sul cadavere, così come ora si fa, può essere destituita di ogni valore probativo, e per preconizzare che sia modificata, come Ella aveva proposto or è più di un anno, ha provocato da parte del prof. Morone una lunga lettera (n. 2, 1933), intonata a difesa dell'operato della Commissione giudicatrice, mentre nè dal prof. Tansini, nè da Lei era stata detta alcuna parola contro la stessa.

Il prof. Morone muove, al candidato ritiratosi, l'accusa di deficienze tecniche, di lesioni di organi che dovevano essere rispettati, di lacune nella preparazione chirurgica, con affermazioni che credo il candidato non meritasse: in ogni modo fuori luogo, poichè nulla hanno da vedere colla tesi in discussione.

In sostanza egli si dichiara contrario alla tesi dei proff. Alessandri e Tansini, ma vuol proporsi altresì di completare le di Lei conoscenze sul caso stesso, pensando ch'Ella ne sia stato imperfettamente informato. Ora io penso di poter aggiungere qualche cosa alle informazioni particolari del prof. Morone, perchè anch'io conosco il caso « direttamente e molto da vicino ».

Primo punto: prova d'esame sul cadavere. Il giorno successivo a quella prova uno dei due Membri tecnici della Commissione dichiarava al candidato che questi era avviato a una prova brillante, perchè avrebbe potuto trovare l'arteria in pochi minuti. La Commissione infatti si era compiaciuta di rilevare come il candidato avesse proceduto in modo corretto alla esecuzione della ricerca ed esprimeva l'opinione, o l'ipotesi, che l'arteria, insolitamente fragile e sottile, fosse stata lacerata nelle manovre di dissezione, rendendosi così irriconoscibile. Queste parole mal si accordano con la «fotografia» che ci presenta il prof. Morone. E in verità la ricerca eseguita dall'Anatomico non permise di rilevare alcuna ferita della vena giugulare profonda, ed anche l'arteria tiroidea inferiore (*anomala* e *rudimentale*, non soltanto *esile* come dice il prof. Morone), che si dubitava lacerata, risultò intatta. Le par possibile che quel cadavere, da due mesi iniettato con formalina e conservato in frigorifero, con i tessuti induriti, coartati, inestensibili, mummificati, si prestasse davvero e nell'angusto campo della ferita operatoria, ad una così nitida descrizione di piani di fasce di capsule, quale ce la offre il Morone? Non lo credo e ben lo sanno coloro che ebbero la poca ventura di cimentarvisi sopra. Lo stato del cadavere difatti era tale che uno dei Membri della Commissione affermò che si sarebbe dovuto rifiutarlo. Ma rifiutare il cadavere poteva suonare offesa alla Commissione che l'aveva accettato come adatto al fine di vagliarvi la perizia operatoria dei candidati e nessuno si azzardò a farlo.

Secondo punto: il prof. Morone si dice in grado di affermare che il candidato fu « la sera precedente la prova clinica, consigliato ed incoraggiato autorevolmente a continuare negli esami, nell'opinione che la prima, non favorevole prova, avrebbe potuto essere compensata da un esito buono delle altre e da una buona classificazione dei titoli di carriera, scientifici, pratico-operativi; e che in ogni modo ciò avrebbe potuto fornire una sicura prova del suo valore e costituire un'efficace tutela del suo prestigio ». Effettivamente il candidato fu chiamato da quell'autorevole Commissario; ma non la sera prima, bensì la sera stessa della prova clinica, quando cioè egli *si era già ritirato* dal concorso. Quella persona disse che aveva avuto *l'intenzione* di chiamarlo la sera precedente; ma che non potè, per ragioni contingenti; si doleva di non averlo fatto, però non pensava che il candidato avrebbe preso la decisione di ritirarsi senz'altro dal concorso: amichevoli dichiarazioni, che nulla avevano più da vedere con il proseguimento delle prove d'esame.

Terzo punto: il candidato, dice il prof. Morone, si è preoccupato di chiedere un controllo postumo (mentre sarebbe stato facile chiederlo tempestivamente alla Commissione) non già per la tutela morale dei suoi interessi, ma « piuttosto per procurarsi un argomento sfruttabile per tentare di ottenere l'annullamento del concorso ». È facile rispondere: il candidato sapeva bene che per ottenere l'annullamento del concorso avrebbe dovuto eventualmente proseguire nelle prove sino alla fine. Invece preferì ritirarsi, decadendo così da ogni possibilità o diritto di far valere degli interessi *materiali*. Richiedendo, a cose finite, un controllo del suo operato a persona competente e per di più « col crisma di testimonianze », egli dimostrava la sua convinzione (e come già dissi, anche per l'attestazione di quel membro autorevole) di aver eseguita *correttamente* la ricerca e di voler perciò conoscere il motivo per cui essa era fallita. Quale sia stato l'esito dell'indagine fu esposto con chiarezza nella lettera del prof. Tansini.

Che fece il candidato in possesso di questi dati? Si limitò a comunicarli con una lettera al Presidente (non tecnico) della Commissione « allo scopo di stabilire in modo preciso la verità dei fatti, nella speranza di riuscire con ciò a cancellare l'impressione non favorevole — così conclude il candidato in quella lettera — che V. S. potesse avere riportato sulla mia preparazione chirurgica per l'apparente insuccesso di quella prova di Medicina ope-

ratoria ». La lettera porta la data del 25 luglio: quasi contemporaneamente il candidato ne dava verbale notizia al clinico chirurgo, Membro di quella Commissione, e per scritto ad altro Membro della Commissione stessa.

I fatti stanno pertanto a dimostrare quanto debole sia l'argomentazione del prof. Morone che « l'esame per rigoroso dovere di equanimità doveva essere giudicato in base a quanto era stato fatto durante l'ora regolamentare ». L'esistenza di un'anomalia, alla quale dai Membri tecnici non si era pensato, avrebbe comunque inquinato di errore il giudizio, e ciò a prescindere dallo stato del cadavere. Non solo il controllo spontaneo poteva quindi sembrare opportuno, ma oserei dire che sarebbe stato doveroso, prima di fondare su quel risultato negativo una discussione che poteva, anzi direi mirava a condurre verso conseguenze decisive per la posizione del candidato.

Osò esprimerLe la speranza che da queste discussioni possano scaturire — chè solo tale poteva essere l'intento della lettera del prof. Tansini e del di Lei commento — norme che giovino tanto alle Amministrazioni ospitaliere e quindi ai malati, quanto a coloro che intendono percorrere una carriera ospitaliera.

Voglia gradire l'espressione del mio vivo e deferente ossequio.

Pavia, 18 gennaio 1933 - XI.

Dev.mo:
Dott. EDOARDO GIOJA.

* * *

Con riferimento alla discussione svoltasi nel nostro periodico sui concorsi a chirurghi primari degli ospedali, il prof. A. Manna di Roma ci scrive per ricordare un articolo da lui pubblicato ne « La Federazione Medica » del 20 ottobre 1929, dal titolo: « Concorsi e carriera ospedaliera », articolo che ora torna d'attualità.

* * *

In seguito alle ampie e serene considerazioni fatte dal prof. Alessandri e all'esposizione del caso che ha provocata la discussione, fatta dalle due parti, consideriamo il dibattito come chiuso.

La Redazione.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Obbligatorietà delle sputacchiere nei locali frequentati dal pubblico.

Il Ministero dell'Interno, Direzione Generale della Sanità Pubblica, Divisione A. T., Sezione I, ha diramato ai sigg. Prefetti e Autorità assimilate una circolare in cui si richiamano le disposizioni seguenti:

Art. 161, capoverso, del Regolamento generale sanitario approvato con R. D. 3 febbraio 1901, n. 46:

« Nelle abitazioni collettive, negli stabilimenti industriali, nelle scuole, nei luoghi di pubblico convegno, negli uffici e negli esercizi aperti al pubblico saranno tenuti recipienti speciali per raccogliervi gli sputi e sarà scritto in modo evidente il divieto di sputare fuori dei medesimi ».

Art. 12 del Regolamento per l'attuazione di migliorie igieniche e sanitarie negli alberghi, approvato con R. D. 24 maggio 1925, n. 1102:

« Nelle camere di alloggio, nelle sale di trattenimento, nei corridoi, nei vestiboli, nei pianerottoli delle scale ed in altri ambienti abitabili si dovranno porre sputacchiere igieniche in numero adeguato ».

Art. 22, secondo e terzo comma, del Regolamento generale sull'igiene del lavoro, approvato con R. D. 14 aprile 1927, n. 530:

« L'esercente dovrà tenere, nelle aziende predette (industriali e commerciali), sputacchiere da pulirsi e da disinfettarsi convenientemente, tanto nei locali chiusi di lavoro quanto nelle scale e in altri luoghi di passaggio.

« Nei locali e luoghi predetti è fatto obbligo ai lavoratori di servirsi, per sputare, delle sputacchiere; i trasgressori sono puniti a norma dell'articolo 56 ».

La circolare aggiunge che dalle disposizioni su riportate risulta come non solo le sputacchiere debbono essere in numero adeguato, ma anche igieniche. Tali non possono ritenersi certe sputacchiere scoperte e che per la propria struttura antigienica possono anzi costituire, specie nei luoghi di pubblico convegno, pericolosi veicoli d'infezione.

Una sputacchiera che risponda ai principali requisiti igienici deve essere sollevata da terra pur avendo una base solida che ne impedisca la caduta, deve essere munita di coperchio sollevabile, preferibilmente con pedale, evitando che il contenuto possa disseccarsi e polverizzarsi, deve essere di struttura tale da poter venire pulita e disinfettata convenientemente, deve infine essere di aspetto estetico tale da non produrre ripugnanza.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ABBADIA LARIANA (v. LIERNA).

ALASSIO (*Savona*). — Scad. 20 mar.; L. 7200 e 10 bienni ventes.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

ANDRANO (*Lecce*). — Scad. 20 feb.; 1ª cond.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 se uff. san.; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

BOLZANO. *Comune*. — Proroga 28 febbr., ore 18; due condotte; età lim. 35 a. (al 24 ottobre per la 1ª condotta e al 29 ottobre per la 2ª condotta); v. fasc. 2.

CAMPOBASSO. *Amministrazione Provinciale*. — Coadiutore presso la Sezione Medico-Micrografica e coadiutore presso la Sezione chimica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Concorso pubblico per i predetti due posti per titoli e esami. Per ognuno di detti posti stipendio annuo L. 11.000 e indennità di servizio attivo L. 2.200, salva la riduzione del 12 % di cui al R. D. 20 novembre 1930, n. 1491, e al lordo delle prescritte ritenute di legge. Età massima anni 35 salvo eccezioni di legge. Scadenza 15 marzo 1933.

CATANIA. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami. Ufficiale sanitario per i Comuni di Nicolosi e Pedara (consorziati), Viagrande e Santa Maria di Licodia. Stipendio iniziale annue L. 6000 suscettibile a quattro aumenti periodici quinquennali del decimo. Scadenza 15 marzo 1933. Per altre informazioni rivolgersi alla R. Prefettura di Catania.

ESINO LARIO (v. LIERNA).

FAENZA (v. RAVENNA).

FERRARA. *Comune.* — Scad. 28 feb.; per Ravalle; L. 10.000 oltre assegno complementare variabile L. 3500; cavallo od autoveicolo L. 2500; 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — A tutto 23 feb., 3 assistenti medici chirurgi; titoli ed esami; età lim. 30 a.; L. 6400 da decurtarsi del 12 %, c.-v. e altre indennità regolamentari; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 23 gen. Chiedere annunzio.

GENOVA. *Ammin. Provinc.* — Scad. 20 apr.; 5 medici nell'Ospedale Psichiatrico Provinc. (promiscuamente per gl'Istituti di Genova-Quarto e di Cogoleto); L. 14.000 elevabili a L. 22.400, oltre L. 2000 serv. att.; per Cogoleto indenn. resid. L. 4000 e alloggio; età lim. a. 35.

ISCHITELLA (*Foggia*). — Scad. 12 mar.; L. 9000 e 4 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 35 a. al 10 gen.; tassa L. 50.

LIERNA (*Provincia di Como*). — Posto di Ufficiale Sanitario per il consorzio: Lierna, Abbadia Lariana, Mandello Lario, Varenna, Esino Lario. Stipendio L. 9000 con quattro aumenti quinquennali del decimo; L. 3500 per trasferta. Ritenuta del 12 %, C. P. Giornata Orfani, 1 % R. M., con libero esercizio fuori orario ufficio; età lim. 45; tassa L. 50,20. Scadenza 30 aprile 1933. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale di Lierna.

LOZZO ATESTINO (*Padova*). — Scad. 20 feb.; lire 10.000 oltre c.-v., L. 600 uff. san.; casa di abitaz. con fitto L. 1000; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

LUGO (v. RAVENNA).

MANDELLO LARIO (v. LIERNA).

NICOLOSI (v. CATANIA).

PEDARA (v. CATANIA).

RAVENNA. *Consorzio Provinc. Antituberc.* — Scad. 31 mar.; direttori delle Sezioni dispensariali di Faenza e di Lugo; L. 9000 oltre indenn. trasferta; età lim. 45 a. al 3 gen.; tassa L. 50,10.

ROMA. *Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali.* — Concorso per titoli e per esami per 60 posti di medico assistente presso gli Ospedali Sanatoriali della Cassa. Iscrizione al P. N. F. Stipendio annuo L. 8.400, oltre le competenze accessorie (vitto e alloggio gratuiti nell'Ospedale), più una tredicesima mensilità di stipendio. Sullo stipendio non è fatta la ritenuta per R. Mob. Chiedere annunzio alla Direzione Generale (Servizio personale), via Minghetti 17, Roma.

ROMA. *Ministero della Marina.* — Il concorso per la nomina di 13 tenenti medici in S. P. E. nel Corpo sanitario militare marittimo. Potranno prendere parte al concorso i laureati in medicina e chirurgia che abbiano ottenuto l'abilitazione all'esercizio professionale a norma delle recenti disposizioni e non abbiano oltrepassato i 27 anni di età al 1° gennaio 1933. Per coloro che risultano regolarmente iscritti al P. N. F. prima del 28 ottobre 1922, è concessa, sul limite massimo di età, una proroga di durata pari al tempo per cui essi, anteriormente al 28 ottobre 1922, appartennero al Partito. Per le altre notizie v. precedente N. 5.

S. MARIA DI LICODIA (v. CATANIA).

S. MAURO DI SALINE (*Verona*). — Scad. 20 feb.; rivolgersi Segreteria com.

TIGNALE (*Brescia*). — Per titoli. Condotta medico-chirurgica residenziale. Abitanti 1352 dei quali 120 inscritti nell'elenco dei poveri. Lo stipendio iniziale al lordo del 12 %, di R. M., della Complem.; della ritenuta pensione, dell'I.N.I.E.L. e delle altre di Legge, è di L. 12.000. Indennità L. 1200 per mezzo di trasporto con motocicletta e L. 500 per carica di uff. sanitario. Domanda in carta legale e documenti debbono pervenire alla Segreteria del Comune non oltre le ore diciotto del 10 aprile.

TORITTO (*Bari*). — Scad. 15 apr.; L. 10.000 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 40 a. al 17 gen.; tassa L 50,10; titoli ed esami. Chied. annunzio.

TREVISO. *Amministrazione Provinciale.* — Il concorso al posto di coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi, bandito con avviso in data 20 ottobre 1932, N. 9881, è prorogato a tutto il 28 febbraio 1933.

TREVISO. *Ospedale Civile «Elena di Savoia».* — A tutto il 6 marzo 1933 è aperto il concorso per titoli, ed eventualmente per esami, al posto di Chirurgo primario della I Divisione. Assegno annuo L. 7.500 lorde, ridotte del 12 %; cinque aumenti quadriennali del 10 %; eventuale indennità caro-viveri; compartecipazione negli emolumenti riscossi dall'O. P. per cure dozzinanti. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria.

VARENNA (v. LIERNA).

VIAGRANDE (v. CATANIA).

VILLATA (*Vercelli*). — Posto di medico condotto comunale. Scadenza ore 17 del 20 marzo 1933. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria Comunale. *Il Podestà*: BELTRAMINI.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il concorso per la cattedra di medicina del lavoro nella R. Università di Napoli ha avuto per esito la terna: proff. Nicolò Castellino, Gustavo Quarelli e Giuseppe Aiello; i primi due sono incaricati della stessa disciplina, rispettivamente a Napoli ed a Torino; il terzo, già direttore della Sezione medica della Poliambulanza di Porta Garibaldi in Milano, è ora primario medico dell'Ospedale Civile di Legnano.

Rallegramenti sentiti ai tre illustri studiosi.

La Facoltà medica della R. Università di Cagliari ha chiamato all'unanimità il prof. Vincenzo Accardi, allievo del prof. Gaetano Lodato, alla cattedra di clinica oculistica.

Il prof. Salvatore Fichera è stato incaricato dell'insegnamento di patologia medica nella R. Università di Catania.

Il prof. Ezio Polacco è nominato chirurgo primario dell'Ospedale Civile di Bolzano, in esito a concorso per titoli ed esami; egli era risultato primo nella terna. Vivi rallegramenti.

Il nostro collaboratore dott. Giuseppe Addessi ha in questi giorni conseguito la libera docenza in ostetricia e ginecologia. Rallegramenti cordiali.

Si è rinnovato il Consiglio Direttivo della « Lega italiana per la lotta contro il cancro » e sono stati eletti: presidente il prof. dott. Alessandro Lustig, senatore del Regno; vice presidenti i professori Bastianelli sen. dott. Raffaele di Roma, ed Ascoli dott. Maurizio di Palermo e segretario generale il prof. Gallenga dott. Pietro di Roma; consiglieri membri, i professori Belfanti dott. Serafino di Milano, Bertolotti dott. Mario di Torino, Donati dott. Mario e Fichera dott. Gaetano di Milano, Lusena dott. Gustavo e Radaeli dott. Francesco di Genova ed i senatori proff. Pestalozza Ernesto di Roma e Viola dott. Giacinto di Bologna.

Il magg. generale medico prof. Filippo Caccia, su proposta del Capo del Governo e del Ministro della Guerra, è stato insignito della commenda dell'Ordine della Corona d'Italia. Al valente chirurgo, che onora la Sanità Militare, i nostri rallegramenti.

NOTIZIE DIVERSE.

Le prossime riunioni Mediche.

1933.

Febbraio 25-26, Cortina d'Ampezzo: Convegno sulla tubercolosi osteo-articol. (Delegato: prof. C. Molon, campo Bandiera e Moro 3611, Venezia).

Marzo 6-7, 6° Congresso tedesco sulla circolaz. (Adesioni al prof. Magnus Alsleben, Medizinische Poliklinik, Würzburg, Germania).

Marzo 12-21, Parigi: Salon des médecins. (Rivolgersi: Pierre Mallet, rue Lecourbe 46, Paris XVe).

Marzo 21-25, Dallas (Texas): 4° Congresso medico panamericano. (Rivolgersi: U. S. Public Health Service, Washington, D. C., S. U. d'A.).

Marzo 25 - aprile 2: Settimana odontologica di Parigi. (Segret. gener.: M. Renault, avenue de Laumière 39, Paris XIXe).

Marzo: epoca indet.: Montpellier, Riunione idrologica e climatologica di Montpellier. (Segr. gen.: prof. A. Puech, rue Aiguillerie 32, Montpellier).

Marzo, ep. indet.: Parigi, seduta annuale della « Société d'ydrologie médicale ». (Segr. gen.: dott. J. Galup, rue Bonaparte 50, Paris VIe).

Aprile 4-8, Baden-Baden: 48° Congresso tedesco di balneologia. (Segr. gen.: Dr. Max Hirsch, Derfflingerstr. 7, Berlin W 35).

Aprile 7-13, Rabat (Marocco): Congresso degli alienisti e neurologi di lingua francese. (Segretario: dott. de Labretoigne, médecin directeur du Centre psychiatrique de Ber-Rechid, Marocco).

Aprile 16-22, Madrid, 14° Congr. internaz. di oftalmologia. (Segretario gen.: dott. Poyales, aveneida Olszega 3, Madrid).

Aprile 18-21, Wiesbaden, 43° Congr. tedesco di medicina interna. (Presid. prof. Lichtwitz, Rudolf Virchow-Haus, Berlin).

Aprile 20-21, Würzburg: Congr. ted. di psichiatria. (Segretario gen.: dott. Ilberg, Schuberstr. 41, Dresden-Ill.).

Aprile, 20-23, Bari: 36° Congr. ital. di ostetricia e ginecologia. (Presidente del Comitato organizz.: prof. Paolo Gaifami, direttore della R. Clinica ostetrico-ginecologica, Bari).

Aprile, 1ª quindicina, Messico: Convegno messicano di puericultura. (Presidente: Dr. Rafael Carrillo, calle de Halfonso Herrera 84, Mexico, D. F.).

Aprile 21-23, Roma: 3° Congresso nazionale sul cancro. (Segret. gener.: prof. G. Pacetto, R. Clinica chirurgica, Policlinico Umberto I, Roma 27).

Aprile, ep. indet., Bordeaux: Congr. della Società d'idrologia e di climatologia di Bordeaux. (Segr. gen.: M. Vergely, rue d'Enghien, Bordeaux).

Aprile, epoca indet.: Parigi, Riunione clinica della Lega francese contro il reumatismo. (Segreteria: rue Bonaparte 51, Paris VIe).

Aprile, epoca indet., Milano: 3° Congr. Feder. della Stampa medica latina. (Segr. gen.: dott. L.-M. Pierra, rue Servandoni 8, Paris VIe).

Maggio 11-13, Barcellona: Congr. spagnolo sulla patologia digestiva. (Segreteria gen.: calle do Clarís 113, Barcelona).

Maggio 20-22, Bologna: 2° Congr. ital. di medicina dello sport. (Presidente: prof. G. Pini, via S. Stefano 18, Roma).

Maggio 29-luglio 30, Madrid: Esposizione internazionale di Sanità. (Ufficio del Congresso medico militare).

Maggio 29-giugno 4, Madrid: 8° Congresso internazionale di medicina e farmacia militari e 3ª sessione dell'Ufficio internaz. di documentaz.

militare. (Rivolgersi al Commissariato generale del Congresso, Ministero della Marina, Madrid).

Maggio, epoca indet., Parigi: 19° Congr. francese di medicina legale. (Segret.: Dr. Piédelièvre, rue Gay-Lussac 24, Paris Ve).

Giugno 3-5, Luxeuil: Congresso francese di ginecologia. (Segret. gen.: Dr. Maurice Fabre, rue du Conservatoire 6, Paris IXe).

Giugno 5-8, Madrid: 2° Congresso internazionale sull'aviazione sanitaria. (Segret. gen.: ten. col. med. Van Baumberghen, Marquillo 15, Madrid).

Giugno 6-8, Vienna: 17° Congr. tedesco di dermatologia. (Segretari: Dr. A. Matras e Dr. J. Konrad, Allgem. Krankenhaus, Alserstr. 4, Wien IX).

Giugno 19-22, Parigi: 66° Congr. nazionale annuo della Società franc. di oftalmologia.

Giugno, 24-28, Bruxelles: Giornate mediche di Bruxelles. (Segret. gen.: Dr. René Beckers, rue Beillard 141, Bruxelles).

Giugno 28-luglio 3, Knoche-sur-Mer (Belgio): 3° Congr. internaz. ospedaliero. (Presidente: Dr. René Sand, avenue Velasquez 2, Paris VIIIe; segr. gen.: Dr. E. H. L. Corwin, 103d Str. 2E, New York).

Giugno, epoca indet., Lilla: Giornate mediche della Facoltà libera. (Rivolgersi alla Segreteria della Facoltà).

Luglio 4-9, Parigi: Congr. internaz. per la tutela dell'infanzia. (Segreteria: boulevard de Vaugirard 26, Paris XVIe).

Luglio 9 e ss., Parigi: Congr. internaz. delle infermiere. (Stesso indirizzo).

Luglio 19-22, Londra: 2° Congr. della Società internaz. di chirurgia ortopedica. (Segr. gen.: Dr. Delchef, rue Montoyer 34, Bruxelles).

Luglio, epoca indet., Londra: Congr. internaz. di pediatria. (Rivolgersi al prof. G. B. Allaria, presidente della Soc. it. di pediatria, direttore della R. Clinica pediatrica, Torino).

Luglio, epoca indet., Nancy: Riunione medica di Nancy.

Luglio, epoca indet., Parigi: 13ª Riunione neurologica annuale. (Segr. gen.: Dr. Crouzon, avenue d'Iéna 70-bis, Paris).

Luglio, epoca indet., Parigi: Giornate ortopediche.

Agosto 7-12, Chicago: Congresso dentario. (Segretario: Dr. R. Kronfeld, College of Dental Surgery, Harrison St. 1747, Chicago, Ill., S. U. d'A.).

Agosto 20-26, Cambridge: 3° Congr. internaz. di citologia sperimentale.

Settembre, 12-15, Poznan: 14° Congresso dei medici polacchi.

Settembre 16, Lussemburgo, probabilmente: Conferenza di pediatria preventiva.

Settembre 25-27, Berlino: 12° Convegno tedesco sulle malattie della digestione e del ricambio. (Segret. gen.: prof. R. von den Velden, Bambergerstr 49, Berlin W. 30).

Settembre, epoca indet., Evian: Giornate mediche sull'insufficienza renale. (Segr. gen.: Société des Eaux d'Evian, rue de Londres 21, Paris).

Ottobre 9-14, Parigi: Congresso francese di chirurgia. (Segretario gen.: prof. Grégoire, rue de l'Université 20, Paris).

Ottobre 10-14, Parigi: Congresso francese d'urologia. (Segret. gen.: prof. O. Pasteau, avenue de Villars 13, Paris VIIe).

Ottobre 13, Parigi: Congr. francese d'ortopedia. (Segr gen.: prof. Rocher, Fac. de Méd., Bordeaux).

Ottobre 27-28, Roma: 2ª Riunione europea d'igiene mentale. (Segret. gen.: prof. C. Tumiati, via Masaccio 119, Firenze).

Ottobre, epoca indet., Parigi: 20° Congr. francese d'igiene. (Segret. gener.: Dufaure, due Dutot 25, Paris XVe).

Ottobre epoca indet., Parigi: 8° Congr. francese di stomatologia. (Segret. gen.: Dr. Lattès, boulevard Saint-Michel 54, Paris VIe).

Ottobre, epoca indet., Parigi: Congresso francese d'oto-rino-laringologia. (Presidente: Dr. Chavanne, Lyon).

Ottobre, epoca indet., Parigi: 1° Congr. francese di chirurgia estetica e riparatrice. (Segret. gen.: Dr. Claoué, rue Singer 1, Paris XVIe).

Ottobre, epoca indet., Parigi: 4ª Riunione plenaria della Società anatomica.

Ottobre, epoca indet., Parigi: Associazione dei membri del corpo insegnante della Facoltà di Medicina dello Stato.

Ottobre, epoca indet., Parigi: 13° Congresso dei medici e chirurgi d'ospedale.

Ottobre, epoca indet., Pavia: 39° Congr. it. di med. int.; 40° Congr. it. di chirurgia; 12° Congr. it. di ortopedia.

Ottobre, epoca indet., Tolosa: 14° Congr. internazionale d'idrologia, climatologia e geologia medica. (Rivolgersi: Dr. Françon, Aix-les-Bains; Dr. Cazal Camelsy, Luzon).

Novembre, epoca indet., Parigi: Congr. internaz. sulla profilassi della cecità. (Presid.: prof. de Lapersonne, Faubourg Saint-Honoré 217, Paris).

Autunno, epoca indet., Bari: 22° Congr. ital. delle scienze. (Segret. gener.: prof. Lucio Silla, via del Collegio Romano 26, Roma).

Dicembre, epoca indet., Parigi: Congresso della Società di patologia comparat. (Segr. gen.: Ch. Grollet).

Per il 1933 sono anche annunziati, ma non ne è fissata l'epoca: il 3° Congresso internaz. di microbiologia a Berlino; il Congresso internaz. di urologia a Londra; il Congresso francese di ginecologia e ostetricia ad Anversa; il 13° Congresso romeno di neurologia a Libni; ecc.

Per il 1934 sono annunziati: il 1° Congresso internaz. sul linfatismo, in giugno, a La Bourboule (segr. gen.: Dr. E. Sauzet, La Bourboule, Puy-du-Dôme, Francia); il Congresso internaz. di stomatologia, in settembre, a Bologna (presidente: prof. A. Beretta, direttore della R. Clinica odontoiatrica, Bologna); il 23° Congresso francese di medicina, in settembre, a Quebec, Canadà (rivolgersi alla sig.na Huré, bureau de l'A. D. R. U., Faculté de Méd., rue de l'École de Méd., Paris VIe); il 4° Congresso internaz. sul reumatismo, a Mosca (segret. gen.: Dr. J. Van Breemen, Keizersgracht 489, Amsterdam, Olanda); il 7° Congresso internaz. di talassoterapia, a Palermo; un Congresso internaz. d'idrologia medica, a Ginevra e Zurigo; il 9° Congresso italiano d'igiene, a Bari; i Congressi francesi di pediatria, in luglio, a Parigi; di ortopedia, a Bordeaux; di dermosifilografia a Lione; il 5° Congresso argentino di medicina, a Rosario. È anche preannunziata la 2ª Conferenza internaz. di patologia geografica, in sede non precisata.

Per il 1935 sono annunziati: il 2° Congresso mediterraneo d'igiene, in Italia, sede da fissare; il Congresso francese di ortopedia, a Lilla; ecc.

Per il 1936 sono prestabiliti: il 7° Congresso di medicina infortunistica, a Bruxelles. (Segretario

generale: Dr. Yersin, rue de la Monnaie, Genève, Svizzera); il Congresso internazionale sulla luce a Wiesbaden; il Congresso internaz. d'oto-rino-laringologia a Berlino.

Si è rimandato, ad epoca indeterminata, il 2° Congresso internaz. di medicina tropicale, già indetto ad Amsterdam.

3° Convegno nazionale sul cancro.

Nei giorni 21-23 aprile p. v. avrà luogo in Roma, sotto l'Alto Patronato di S. M. la Regina, nei locali dell'Istituto del cancro e in coincidenza con l'inaugurazione dell'Istituto stesso, il III Convegno della Lega Italiana per la lotta contro il cancro.

I temi dell'ordine del giorno sono i seguenti: 1° « Organizzazione della lotta contro il cancro » (relatore prof. Ilvento, Roma); 2° « Lipidi e tumori » (relatore prof.ssa Morelli, Firenze); 3° « La radiumterapia del carcinoma uterino » (relatore prof. Bertolotti, Torino); 4° « La cura chirurgica e radiumterapica del cancro della lingua (relatori proff. Alessandri e Busi, Roma); 5° « Le prove biologiche nella diagnosi del cancro » (relatore prof. Brancati, Parma); 6° « Lesioni precancerose » (relatore prof. Sotti, Roma). Oltre alla discussione dei temi sono ammesse solo le comunicazioni di argomenti strettamente affini e quelli dei temi stessi.

Il titolo e un breve riassunto delle comunicazioni devono essere inviati al segretario del Convegno (prof. G. Pacetto, R. Clinica Chirurgica, Policlinico Umberto I, Roma) non più tardi del 30 marzo p. v.

La quota d'iscrizione è di L. 25. Agli iscritti sarà inviata in precedenza copia delle relazioni e il programma delle sedute e successivamente il volume degli atti edito a cura del Comitato ordinatore.

Al Convegno è annessa una mostra di opere sul cancro, col concorso anche di librerie straniere, e una esposizione di apparecchi di diagnostica e terapia.

Gli iscritti al Convegno possono fruire della riduzione ferroviaria del 70 % concessa per la Mostra della Rivoluzione Fascista, i cui biglietti possono essere acquistati fino al 21 aprile.

37° Congresso francese di neuropsichiatria.

La Società degli alienisti e neurologi della Francia e dei paesi di lingua francese terrà la 37ª sessione a Rabat (Marocco) dal 7 al 13 aprile, sotto la presidenza del prof. G. Guillain. L'inaugurazione avrà luogo nei locali della Direzione di Sanità e Igiene Pubblica (avenue des Tuargas), sotto la presidenza del Residente generale; i lavori si svolgeranno nei locali dell'Istituto d'Igiene (avenue Biarnay). Temi: per la psichiatria, « Le encefaliti psicosiche », relat. L. Marchand; per la neurologia, « Le atassie », relat. R. Garcin. Sono previste varie escursioni. È indispensabile il passaporto. Per le riduzioni e le condizioni chiedere, d'urgenza, il programma dettagliato. Quote: 75 franchi per i titolari (membri dell'Associazione), 80 per gli aderenti, 50 per i famigliari. Segretario generale della Società è il Dr. René Charpentier, Neuilly-sur-Seine, Francia; segretario del Comitato il Dr. de Labretoigne de Mazel, médecin-directeur du Centre psychiatrique de Ber-Bechid, Marocco; tesoriere il Dr. Vignaud, rue d'Orléans 4, Paris.

Una riunione per le malattie della milza.

È stata tenuta a Londra il 9 dicembre 1932 (« The Lancet », 17 dicembre 1932), alla sezione clinica della Royal Soc. of Medicine, e in essa furono mostrati più di 30 malati. Furono presentati cinque malati di porpora emorragica essenziale in cui si era fatta la splenectomia, due casi di m. di Gaucher, pur essi splenectomizzati. Gli altri malati erano alcuni di splenomegalia e policitemia in cui si era fatta la cura colla fenilidrazina, altri di ittero acolurico (di cui alcuni con successo notevole della splenectomia); furono anche presentati casi di leucemia e di splenectomegalie « tropicali ».

La discussione fu breve, ma densa ed esauriente. Sulla anatomia e fisiologia della milza ha parlato il prof. H. H. Woollard, sull'anatomia patologica il prof. Kettle.

Prolusione.

Il 17 gennaio il prof. Armando Businco, successore del prof. Soli nella cattedra di anatomia patologica di Palermo, tenne, in presenza di un pubblico foltissimo e delle maggiori autorità accademiche, la prolusione al suo corso. Dopo aver ricordato i predecessori Sirena, Dionisi, Pepere, Soli, svolse il tema « Fonti vecchie e fonti nuove ». Il discorso destò il generale consenso e schietta ammirazione.

Conferenza.

Il prof. G. Salvioli, direttore della Clinica pediatrica dell'Università di Siena, ha tenuto alla Clinica chirurgica della Charité in Berlino una conferenza sul tema: « Capillariscopia, suoi metodi ed apparati »; la conferenza fu illustrata da diapositive. Il direttore della Clinica, prof. Sauerbruch, aggiunse un efficace commento.

Corsi di perfezionamento per medici condotti.

È uscito il programma del corso speciale per medici condotti che la Scuola Medica Ospitaliera di Roma terrà dal 22 aprile al 5 giugno p. v. Gli interessati potranno richiederlo alla Segreteria della Scuola, Policlinico Umberto I, Roma (27).

* * *

Presso la Clinica odontoiatrica della R. Università di Roma, il 4 del prossimo marzo, avrà inizio un corso pratico di odontoiatria per i medici condotti. Il corso gratuito, che durerà 15 giorni consecutivi e sarà tenuto dal prof. Amedeo Perna e dai suoi aiuti di clinica, mira allo scopo di fornire specialmente ai medici residenti nei paesi rurali le conoscenze indispensabili per i casi di urgenza, che si presentano nella pratica professionale e le conoscenze sulla profilassi e l'igiene della bocca e dei denti.

Le domande di ammissione dovranno essere indirizzate al direttore della suddetta Clinica entro il 28 febbraio.

Alla città universitaria di Parigi.

Il 14 gennaio venne inaugurata, nella Città universitaria di Parigi, la « Fondazione Abreu de Grancher » destinata agli studenti cubani; alla cerimonia intervenne il presidente della Repubblica francese. La fondazione è dedicata alla memoria della signora Rosa Abreu, cubana, che fu moglie del prof. Grancher; si deve alla liberalità della di lei famiglia.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Deut. Med. Woch., 9 sett. — FRÄNKEL, KLEE-RAWIDOWICZ. Provocazione del cancro. — SCHOTTMÜLLER. Terapia dell'arthritis deformans incretoria.

Klin. Woch., 10 sett. — H. VAN DEN BERGH e al. Porfirina nel sangue e nella bile.

Mediz. Klinik, 9 sett. — L. HAHN. Teoria vasale dell'emicrania.

Amer. Journ. Med. Sc., sett. — G. CHENEY e F. NIEMAND. Anemia secondaria trattata con estratto di fegato di anemizzati e ferro. — S. H. POLAYS. Studio su 1500 trasfusioni.

Ann. d'Ig., ag. — Numero sulle dissociazioni microbiche.

Ind. Journ. Med. Res., lug. — H. SHOTT. Eziologia del gozzo. — T. A. HUGHES e K. S. MALIK. Nefrite edematosa.

Archives Intern. Med., ag. — P. STETSON e H. W. FERRI. Emocromatosi e purpura. — J. FLETCHER e A. W. CALHOUN. Trattam. della polmonite con anidride carbonica e ossigeno. — L. H. HITZROT e B. I. COMROE. Iperparatiroidismo senza ipertrofia delle paratiroidi.

Journal A. M. A., 3 sett. — E. E. DYER. Tifo esantemat. endemico. — J. RINKEL e R. M. BALYEAT. La cefalea da sensibilizzaz. specifica.

Paris Méd., 17 sett. — A. SCHWARTZ. False occlusioni intest.

Mediz. Welt, 17 sett. — B. ZORN. Le malattie reumatiche quali reazioni dei capillari e del tessuto connettivo.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., sett. — W. L. BRUETSCH. Attivaz. del mesenchima mediante la malaria. — W. MALAMUD e G. PALMER. Masturbazione e disordini mentali.

Wien. Klin. Woch., 16 sett. — O. O. FELLNER. Le teorie della mestruazione. — P. BLATT. Anuria riflessa. — J. KONRAD. Immunobiologia della tbc. cutanea. — 23 sett. Numero di pediatria.

Indian Med. Research Memours, ag. — H. E. SCHORTT. Kala-azar.

Presse Méd., 14 sett. — C. LAUBRY e G. MARCHAL. Morbo di Hodgkin e tbc. — 17 sett. C. LIAN e al. Polso alternante. — 21 sett. E. DEBAINS. La serologia della sifilide.

Amer. Med., ag. — J. H. DOND. Il dolore. — J. A. GLASSBURG. Trattam. della balbuzie.

Gaz. d. Hôp., 17 sett. — SOULEYRE. Malaria larvata.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XL Roma, 13 Febbraio 1933 - XI Num. 7

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

Ospedali Civili di Genova - Ospedale Pammatone
Ambulatorio di Medicina Generale
diretto dal Prof. CARLO TREVISANELLO.

Ancora sul cosidetto " stato costituzionale linfatico ,,.

Dott. S. CALABRESE.

È stato per appannaggio culturale che ho voluto conoscere cosa bisogna intendere per stato linfatico e debbo purtroppo confessare, che dopo moltissima lettura, pur rimanendo ricco di belle cognizioni sull'argomento non ho avuto nella mia mente una vera e propria conclusione su ciò che rappresenta nella sua essenza questo stato linfatico. Anzi, quello che maggiormente mi ha colpito è il fatto, che mentre gli Autori sono d'accordo nell'attribuire al tessuto linfatico poteri difensivi, affermano in secondo tempo invece che alcuni soggetti, con aumento di questo tessuto, sono predisposti alle infezioni (v. stato timo-linfatico).

Di fronte a questo fatto è logico domandarsi:

È proprio il tessuto linfatico in eccedenza la causa del debilitamento di questi organismi?

È il tessuto linfatico in questi casi istologicamente fisiologico? Oppure dobbiamo pensare che esso non ha le funzioni che gli si vogliono attribuire?

Intanto, posso affermare, che gli Autori, nel considerare alcuni organismi, aventi una predisposizione alle malattie e nei quali il tessuto linfatico in eccesso si presenta come esponente principale alla osservazione, tanto da giustificare la loro prima denominazione di abiti linfatici, non hanno ancora definitivamente concluso a quale somma di alterazioni organiche bisogna una buona volta fermarsi per spiegare questi speciali stati organici. E difatti in base a concezioni, osservazioni e ricerche personali hanno creati dei nomi che rispecchiano più o meno sufficientemente le ragioni credute vere per il determinismo e per il decorso dello stato linfatico. Con ciò, voglio alludere, come vedremo, allo stato linfatico, allo stato timo-

linfatico di Paltauf, alla diatesi essudativa di Czerny, allo stato ipoplastico di Bartel, allo stato degenerativo di Bauer, alla scrofolosi, e infine allo stato linfatico disendocrino di Cattaneo.

Come si vede, in un campo così dibattuto era giocoforza il crearsi un concetto personale, e questo io ho fatto.

Son partito dal concetto che la reazione del tessuto linfatico, tessuto di difesa, essendo aspecifica, può essere presente nelle moltissime condizioni esogene ed endogene in cui l'organismo si trova debilitato. Il tessuto linfatico in aumento, dice che l'organismo è in lotta e ci spinge nella ricerca della causa per poterla possibilmente debellare.

E il voler considerare il tessuto linfatico come tessuto di difesa, almeno sino alle attuali vedute, ci viene assicurato da quanto appresso: La linfa presiede a tutti gli scambi nutritivi dei tessuti; essa ha una triplice provenienza in base alla quale è denominata: in linfa del sangue, ricca di materie nutritive che proviene per filtrazione dai capillari sanguigni; in linfa dei tessuti, contenente i prodotti di rifiuto delle cellule; in linfa dell'apparato digerente (chilo) che contiene i prodotti utili dell'alimentazione. La linfa così come è costituita, prima di arrivare nei due tronchi principali, il dotto toracico e il tronco linfatico destro, che sboccano il primo nella succlavia sinistra ed il secondo nella succlavia destra, si raccoglie nei gangli linfatici per purificarsi, liberandosi di tutti gli elementi estranei. È stato visto che i gangli linfatici di soggetti perfettamente sani, frequentissimamente presentano dei microrganismi per cui è da pensare che in essi i microrganismi sono inattivati da un meccanismo immunitario autoctono. Sappiamo pure, a sostegno di questo processo difensivo dei gangli linfatici che quando un focolaio di infezione tende ad espandersi i gangli più vicini, infiammandosi, si impegnano come prima barriera al pericolo invadente. Non è fuor di luogo ricordare che è stato dimostrato *in vitro* un'azione battericida dell'estratto del timo, organo linfatico per eccellenza (Cosentino, Barbara, Kitasato, Wassermann ed altri). È noto anche che i gangli linfatici hanno un facile potere rigenerativo in tutte le età (Zaccarow) e questo presumibilmente perchè sono tessuti necessarissimi per la continua difesa che l'organismo richiede nello svolgersi della vita. È importante sapere pure che se si estirpa la milza, organo eminentemente difensivo (Tizzoni, Cattani, Kusanna, Schroëder ed altri), si ha ipertrofia ed iperplasia dei gangli linfatici (Kurlow, Tizzoni). In tema d'immunità è saputo anche quale valore conferiscono al tessuto linfatico gli Autori (Matko, Pfeiffer, Marx, Russ, Epstein, Wassermann, Kirchner, ecc.), e Steemann sin dal 1909 aveva trovato che i macrofagi dei gangli linfatici emulsionano e saponificano i grassi e attribuiva così a queste cellule grande importanza nella fabbricazione dei corpi immunitari.

Basta ricordare gli importanti esperimenti di T. Hellman & G. White. Essi sperimentarono su conigli per vedere come si comporta il tessuto linfatico durante il processo d'immunizzazione di fronte all'antigeno paratifo B. iniettato nella vena dell'orecchio. Concludono che tutto il tessuto linfatico dell'animale, e principalmente i noduli della milza, vengono influenzati dall'antigene e sono spinti nel processo d'immunizzazione ad un lavoro notevolmente maggiore con consecutiva ipertrofia e finanche iperplasia se ci si trova di fronte ad animali vecchi, nei quali i noduli secondari della milza erano, come avviene normalmente, regrediti.

Dicono pure che se non si ha l'ipertrofia del tessuto linfatico, come in molti casi, non è da meravigliarsi, perchè l'antigeno, che per sè stesso dovrebbe creare tale aumento, stabilendo uno stato di malattia con inappetenza, porta all'atrofia di tale tessuto il quale, come è saputo, risente moltissimo dello stato nutritivo generale. Voglio pure ricordare che il tessuto linfatico è capace, da ipertrofico, ritornare allo stato normale, e ciò si constata giornalmente nelle regressioni delle adeniti secondarie ad un focolaio d'infezione. Questo ci dice indirettamente che se da questi tessuti si richiede un continuo lavoro si può anche avere una ipertrofia per aumentata funzione la quale, a sua volta, può portare anche a stanchezza funzionale da fare apparente contrasto col tessuto ipertrofico. S'impone dunque oggi, da un insieme di cognizioni, considerare il tessuto linfatico come baluardo a tutti gli agenti che cercano di attaccare la integrità delle cellule.

Vediamo adesso, come e fino a qual punto, l'aumento del tessuto linfatico, come già ho detto, ha appagato la mente degli studiosi per spiegare i disturbi degli organismi linfatici.

Una certa irrequietezza ha dominato sempre gli osservatori abituati a vedere molti organismi con notevole sviluppo del tessuto linfatico, soggetti ad una gamma di disturbi sin dall'infanzia, anzi principalmente in questa età. Tale irrequietezza era giustificata dal fatto di non sapersi spiegare come il tessuto linfatico poteva ciò determinare. E così, avendo trovato

nell'infanzia che insieme all'aumento del tessuto linfatico vi era anche aumento del timo, credettero d'imputare a quest'organo ogni colpa e crearono lo stato *timo-linfatico di Paltauf*.

Ma, ben poco poteva ciò convincere e allora ecco che misero in rapporto il linfatismo con una speciale diatesi, detta *diatesi essudativa di Czerny*, dovuta ad iperalimentazione o alimentazione impropria e manifesta per una pastosità della cute, pallore, abbondanza di adipe, facilità agli eczemi e anche da Czerny creduta causa del linfatismo.

Il concetto dello stato linfatico non trovava però quiete e subiva ancora da Bartel una revisione perchè aveva notato che spesso si associavano alla costituzione timo-linfatica delle anomalie di sviluppo; ipoplasia dei genitali, reni a ferro di cavallo, spina bifida, siringomielia, cuore piccolo, aorta ristretta, ipoplasia midollare delle surrenali e battezzava in tal maniera il cosidetto *stato ipoplasico*.

L'indagine clinica, non contenta, dimostrava ancora che gli organismi con aumento del tessuto linfatico avevano molto spesso buono stato nutritivo, scarsità di pelo, disposizione a triangolo (tipo femminile) del pelo agli organi genitali dell'uomo, dismenorrea nella donna e così un insieme di fatti degenerativi per cui si creava lo *stato degenerativo di Bauer*. Ultimamente ancora il Cattaneo comunicava al Congresso Internazionale di Pediatria (Stoccolma 19 agosto 1930) che esiste uno stato costituzionale di ipofunzione del sistema linfatico, pur essendo questo tessuto aumentato, al quale partecipa anche il timo con consecutiva disfunzione ormonica di tutte le ghiandole endocrine, dovute a turbe del ricambio per alterata alimentazione e sopratutto da iperalimentazione, causa del resto attribuita anche alla diatesi essudativa, e designava tale quadro come: *stato linfatico disendocrino*.

Come si vede, da tutta questa serie di continue vedute, si stabilisce chiaramente che gli studiosi non si sono resi mai paghi delle ragioni dei disturbi in quegli organismi in cui il tessuto linfatico in aumento ne sembrerebbe a prima vista la causa. Si aggiunga che, a maggiormente complicare l'argomento, dalle statistiche di Bartel, Zellweger, Loewenthal, Iahr e da quelle condotte sui soldati durante la guerra europea da Groll, Forni, Krehl, Nassau si è visto, che bambini e giovani robustissimi hanno il più delle volte organi linfatici fortemente sviluppati.

Orbene, come dobbiamo allora noi orientarci nel considerare questo tessuto linfatico?

Dobbiamo noi vedere in esso una causa di morbilità oppure dobbiamo vedere in esso il risultato dello sforzo che l'organismo compie per mantenere le sue difese e quindi la vita?

Se al tessuto linfatico spetta per buona parte la difesa dell'organismo perchè mai in alcuni soggeti esso è manifestamente aumentato ed in altri no; eppure il più delle volte la salute non è avara nè agli uni, nè agli altri?

Ancora, perchè, sono più facili le comuni infezioni ai soggetti con aumento del tessuto linfatico? E perchè infine simili soggetti pur essendo di facile vulnerabilità resistono maggiormente?

Come si vede c'è da smarrirsi in mezzo a tali contrasti. Eppure la ragione non deve mancare e cercheremo di orientarci.

Ci servirà di aiuto la patologia costituzionale senza della quale non oserei parlare.

È ormai ben assodato che l'orientamento verso le tre combinazioni morfologiche del De Giovanni è dato dallo sviluppo e differenziazione che prendono sin dall'embrione, i foglietti blastodermici e propriamente il foglietto ectodermico con i suoi derivati tegumenti esterni e nevrasse (sistema di relazione) e il foglietto entodermico dal quale si sviluppa il sistema vegetativo. In base a tale concezione si distingue la prima combinazione (ipervoluta) se ha la prevalenza nello sviluppo il foglietto ectodermico; la seconda combinazione, se vi è armonia di sviluppo fra i due foglietti; la terza combinazione (ipoevoluta) se prevale il foglietto entodermico.

È noto che clinicamente i soggetti si presentano all'osservazione con una costituzione ben diversa a secondo la combinazione a cui appartengono.

Quelli della prima combinazione si presentano con arti più lunghi del tronco e questo a sua volta più lungo dell'addome; hanno scarsa muscolatura scheletrica, cuore piccolo, metabolismo basale aumentato e perciò reazione immediata agli stimoli, spiccato eretismo nervoso.

Gli appartenenti alla terza combinazione invece si distinguono per il tronco più lungo degli arti, per l'addome più alto del doppio del torace, per l'aspetto florido ed esuberanza di nutrizione; sono ricchi di difese, resistenti alle cause nocive, hanno ricambio torpido e quindi ritardo di reazione agli stimoli.

Di fronte al sistema neuro-vegetativo la prima combinazione è simpaticotonica, la terza è parasimpaticotonica.

Riferendoci all'endocrinologia, e in ciò principalmente il Pende ha dato un maggior contributo, vediamo che nella prima combinazio-

ne prevale la tiroide, l'ipofisi, gli organi cromaffini per cui vi è temperamento catabolico; mentre, nella terza combinazione, prevalendo i tessuti interstiziali, linfatici, il fegato, il pancreas, il timo e le paratiroidi vi è temperamento anabolico. È opportuno rilevare che nel bambino, a parte la tendenza verso una od altra combinazione, vi è un orientamento verso i processi anabolici e ciò perchè i derivati dell'ectoderma raggiungono uno sviluppo di maturazione più tardi dei derivati dell'entoderma che hanno funzione anabolica. Questa provvida legge naturale è dovuta certamente al crescere che deve fare il bambino il quale deve disporre di materia, la quale, si immagazzina mediante ormoni (principalmente timo) che influiscono ritardando il ricambio. Non così avviene nell'adulto. Vita di relazione; la materia si consuma per lo svolgersi dell'attività umana. Voglio anche aggiungere che le suddette combinazioni morfologiche si differenziano pure per una diversa proporzione fra stroma e tessuto parenchimatoso. E propriamente la prima combinazione, la cosidetta ipervoluta, ha negli organi il parenchima in quantità maggiore dello stroma, il che vuol dire, che le cellule dell'organo si sono in maggior numero differenziate per la funzione specifica, la terza combinazione invece, la ipovoluta, ha più stroma che parenchima essendovi una minore differenziazione delle cellule. Non privo d'interesse è questo ricordo se si tien conto che lo stroma e quindi il sistema reticolo-endoteliale è più ricco di proprietà difensive, per la qual cosa, i soggetti ipervoluti, poveri di tali tessuti hanno più tendenza alle morbilità. Questi brevi cenni erano necessari per spiegarci la costituzione linfatica. Non cade dubbio che tale costituzione si manifesta sin dall'infanzia e principalmente in determinati bambini i quali se si seguono nello sviluppo, finiscono in maggior numero dei macrosplancnici oppure dei normosplancnici o in minor numero dei microsplancnici. È caratteristica la constatazione che se evolvono verso la terza combinazione presentano nell'infanzia tutta la sintomatologia della diatesi essudativa, manifesta per una esuberante nutrizione e per una facilità alle infezioni.

Ciò vuol dire che in questi bambini oltre la normale tendenza ai processi anabolici per l'età vi è anche quella già legata alla costituzione.

Tengo in questo momento a chiarire il comportamento della reazione verso gli stimoli, già accennata poc'anzi, essendo uno dei punti nodali del lavoro, e perchè ha un comportamento diverso nelle diverse costituzioni.

La reazione agli stimoli dunque, è un attributo, un'attività della vita cellulare e siccome l'attività delle cellule è direttamente proporzionata al metabolismo, al ricambio, possiamo dire, che ogni qualvolta questo è lento, torpido anche le cellule rispondono con ritardo agli stimoli e in genere a tutte le loro funzioni. Ora, nei bambini vi è tendenza ai processi anabolici, essi sono in fase di risparmio, il ricambio è torpido, hanno perciò lentezza di risposta agli stimoli. Ancora più spiccato è questo fatto se s'ha a che fare con bambini che tendono alla terza combinazione, per cui si deve dedurre che il bambino normale e maggiormente il vagotonico è più predisposto dell'adulto alle infezioni.

Da quanto ho detto scaturisce in via di massima che per essere i bambini soggetti più facilmente a continue infezioni richiedono logicamente una iperfunzione dei loro tessuti difensivi (tessuti linfatici) i quali vanno così incontro ad una ipertrofia funzionale creandosi in tal modo lo stato linfatico. Ben si comprende, che se per ragioni igieniche e di ambiente anche bambini con ricambio torpido non s'infettano mai o rare volte, possono non avere tale ipertrofia linfatica, cosa che farebbe apparente contrasto col nostro concetto. Nè, gli studi fatti, inclusi quelli anatomo-patologici su soggetti linfatici vengono ad inficiare il concetto riguardante il ritardo allo stimolo, su esposto, perchè il riscontro dell'aplasia del cuore o dei vasi, dell'atrofia del tessuto cromaffine e di alterazioni tiroidee in senso ipofunzionale vengono a confermarlo, sapendosi, che proprio nei soggetti macrosplancnici si possono avere tali riscontri e per ciò il ricambio è torpido.

Finanche le ricerche del Cattaneo con prove biologiche (intradermoreazione, enzimoreazione del D'Amato) dimostranti in parecchi casi una ipofunzione dei tessuti linfatici ci dicono a mio avviso, non altro, che i tessuti linfatici sottoposti a continuo lavoro possono anche stancarsi con ripercussione della funzione specifica, senza così estendere il concetto che nei linfatici vi sia ipofunzione di tali tessuti. Ma, anche ammesso, secondo le ricerche del Cattaneo, che il linfatismo sia caratterizzato da una ipofunzione dei tessuti in discussione, noi spiegheremo l'ipertrofia come un tentativo di compenso e quindi non lederemo perciò la funzione difensiva del tessuto in causa. Tanto, perchè, non sapremmo altrimenti spiegarci come questa ipofunzione linfatica dovrebbe manifestarsi proprio, con ipertrofia dei centri linfatici. Del resto, pur ammettendo che vi possano essere dei casi con effettiva ipofunzione

del tessuto linfatico, (come può succedere per tutti gli altri organi), non giustificherebbe che come fulcro del linfatismo debba essere presa l'ipofunzione.

Non bisogna dimenticare i fatti: abbiamo detto che giovani e bambini robustissimi presentano spesso ipertrofia di tali tessuti senza accusare alcun disturbo, e quindi, è logico pensare, in campo di salute, che tali tessuti abbiano una *iper* anzichè una ipofunzione, maggiormente chè sappiamo quale è l'ufficio dei gangli linfatici. Ripeto, io sono pienamente convinto che la facilità delle infezioni in questi abiti linfatici, in apparente contrasto colla ricchezza dei tessuti difensivi, sia legata alla loro costituzione per un ritardo di reazione agli stimoli. Difatti cosa ci dice la clinica: difficilmente riscontriamo segni grossolani di linfatismo nei bambini che si presentano sotto un aspetto di costituzione ipervoluta, in cui vi è metabolismo vivace, e ciò è dovuto al fatto che raramente si ammalano per la immediata reazione che hanno verso gli stimoli e quindi non richiedono aumento di difese e tessuti a queste adibiti. Però, non così stanno le cose se le infezioni, anzichè essere di dose minima e brevi sono continue e ripetute. In queste condizioni i macrosplancnici, avendo riserve, pur dopo una reazione tarda, riescono a vincere; i microsplancnici invece, pur riuscendo a lottare benissimo in primo tempo, persistendo la infezione ed esaurendo le poche riserve vengono vinti.

La tubercolosi può servire di esempio caratteristico: è noto che i bambini con ricambio torpido e segni di linfatismo presentano facilità di infezione mentre poi tendono quasi costantemente a guarire e sono le continue sclerosi che passano sotto la nostra osservazione. sempre, in massima parte in soggetti macrosomi. Ritengo non superfluo ancora una volta ricordare che non indifferente è pure la nutrizione per l'eccesso di tessuto linfatico, sapendosi che questo segue direttamente le oscillazioni nutritive, tanto che se un bambino ha segni di spiccato linfatismo torpido può anche nell'ulteriore suo sviluppo per un orientamento verso la prima combinazione, presentare una scomparsa in parte di essi per dimagrimento, creato da detta costituzione. In tal caso assisteremmo al quadro del linfatismo eretistico per ipertiroidismo con ipereccitabilità del simpatico e i soggetti presentano tutte le caratteristiche della prima combinazione, la tal cosa sembrerebbe imbarazzante per i nostri concetti. Che ci possa essere questa involuzione dei tessuti linfatici col passar dell'infanzia per modificazioni costituzionali, secondo noi, è detto pure dal Fici, il quale considera il linfatismo o ad eccedente sviluppo fisiologico del tessuto linfatico durante l'infanzia od a deficiente o mancata involuzione fisiologica nelle epoche più tardive della vita. Ma senza assolutamente accampare questa ragione di sviluppo per spiegare il linfatismo eretistico ve n'è ancora un'altra. Le infezioni è vero che sono legate alla più o meno vivace risposta agli stimoli delle diverse costituzioni, ma possono anche essere influite da innumerevoli circostanze e quindi esistere casi con ricambio aumentato, sotto continue infezioni, per cui i loro tessuti linfatici ipertrofizzanti creano il quadro del linfatismo eretistico, a meno che in questi non vi sia tale spiccato dimagrimento da produrre un'atrofia di detto tessuto.

Ancora, non sempre, si ha da fare nel classificare i soggetti con una perfetta prima o seconda combinazione, ma fra l'una e l'altra vi è tutta una sequela di biotipi, e a secondo che si avvicinano alla prima o terza si hanno attributi più dell'una che dell'altra. Da questo detto non sarà più di sorpresa il vedere il linfatico eretistico dopo aver ammesso le esposte cause del linfatismo. In conclusione, il constatare in eccesso il tessuto linfatico deve dirci non già una causa per sè stessa di morbilità ma una manifestazione reattiva delle esistenti difese organiche. Non sarebbe del resto convincente, ritenere che quasi tutta l'umanità è predisposta, alle infezioni per essere linfatica, giacchè è stato da me osservato quasi in tutti la presenza del segno di Schridde (ingrossamento dei follicoli alla base della lingua) ritenuto dal Cattaneo e Brugsch uno dei segni esclusivi per giudicare una persona linfatica.

È bene riflettere che oltre le condizioni inerenti alla costituzione, l'eccesso del tessuto linfatico può anche esistere per tutte quelle altre ragioni che debilitano in parte l'organismo, per cui questo reagisce aumentando i suoi tessuti difensivi.

Col nostro concetto di ritardo agli stimoli credo di spiegare pure il perchè durante la cosidetta Spagnola morivano proprio tutti i macrosplancnici. Questi prima ancora di reagire soccombevano al forte attacco, mentre gli ipervoluti, se ammalavano, riuscivano a salvarsi per l'immediata reazione all'infezione, la quale esauriva per di più il suo ciclo in pochi giorni prima ancora che tali malati esaurissero le loro riserve. Anche le comuni tonsilliti e le facili suppurazioni sono a sostegno della nostra tesi, queste sono riscontrabili in linea ge-

nerale nei macrosplancnici e raramente nelle altre costituzioni. In ultimo, l'indirizzo curativo viene in appoggio alle nostre vedute. Lo iodio, infatti somministrato ai linfatici torpidi benefica per il potere di accelerare il ricambio e con esso la integrità delle cellule per una più tumultuosa messa in scena di difese organiche, mentre l'arsenico, l'olio di fegato di merluzzo e l'antitiroidina favorendo i processi anabolici, di risparmio sono indicatissimi nelle forme di linfatismo eretistico ove si ha sperpero di difese.

Da quanto riferito rimane fermo che l'essenza dello « stato costituzionale linfatico » debba essere ricercato nel comportamento reattivo delle cellule a loro volta influenzate dalla speciale costituzione individuale per cui è da ammirare come sempre più la patologia costituzionale ci illumina nell'interpretazione dei fenomeni vitali.

RIASSUNTO.

L'A. emette l'ipotesi, come sua veduta originale, dopo avere esposte le ragioni per ritenere il tessuto linfatico come tessuto difensivo, che gli appartenenti alla costituzione linfatica sono degli esseri robusti. Essendo ciò, un vero assurdo per quanto la quotidiana osservazione ci dimostra, giacchè si constata nei linfatici una facilissima tendenza alle infezioni, egli crede di conciliare i fatti attribuendo la facilità alle infezioni ad un ritardo di reazione agli stimoli per un metabolismo torpido. Difatti, esso dice, è saputo che nei linfatici il metabolismo è lento, sia per l'età infantile, (epoca preferibile per la presenza di segni di linfatismo) sia perchè tendono in massima parte alla terza combinazione morfologica del De Giovanni. Spiega anche le ragioni del linfatismo eretistico e poi così conclude: le continue infezioni richiedendo iperfunzione dei tessuti linfatici e la lentezza del metabolismo determinando anche una florida nutrizione creano aumento del tessuto linfatico e quindi il quadro del linfatismo.

BIBLIOGRAFIA.

E. RAVENNA-RAUL BARBANTI SILVA. *Note di Istologia sullo stato timolinfatico.* Gazzetta Internaz. di Medicina e Chirur., 1931.

A. GISMUNDI. *La patologia del timo nell'infanzia.* Resemberg e Sellier, Torino, 1915.

S. CALABRESE. *Interpretazione sul valore del bacilio di Koch nel liquido pleurico.* Liguria Medica, 1931.

P. CASTELLINO. *La costituzione individuale. La personalità.* Casa Ed. Libraria Idelson, Napoli, 1927.

V. FICI. *Costituzione e Tubercolosi.* Arch. di Patol. e Clin. Medica, 1928.

C. BAZZICALUPO. *L'indagine costituzionalistica.* Gazzet. Internaz. Medicina e Chirurgia, 1932.

G. POGGIO, L. RAFFO. *Linfatismo e varietà anatomocliniche della tubercolosi polmonare.* Tipogr. « L'Avvisatore Marittimo », Genova, 1931.

A. LUMIERE. *Les facteurs de résistance à l'infection tuberculeuse.* L'Avenir Médical, 1932.

U. SIMONDI. *Considerazioni sopra un caso di « mors thymica ».* Gazzetta Internazionale Medicina e Chirurgia, 1932.

C. TREVISANELLO. *Rapporti tra scrofola e tubercolosi.* Liguria Medica, 1907.

S. DISTEFANO. *Endocrinologia.* Unione Tipografica-Editrice Torinese, 1928.

PENDE. *Trattato sintetico di Patol. e Clin. Med.* Ed. Principato, Messina.

ID. *Le fasi linfatiche della tubercolosi polmonare.* Riforma Medica, 1931.

T. HELLMAN e G. WHITE. *Il comportamento del tessuto linfatico durante il processo d'immunizzazione.* Virchow's. Archiv., vol. 278, 2, 1930.

ROBERT VAN DER ELST. *Cura del linfatismo.* Presse Médicale, 1927.

P. MARFORI. *Sulla linfoganglina e sulle sue applicazioni terapeutiche.* Rinascenza Medica, 1924.

R. DE BLASIO. *L'ultravirus del Bacillo del Lupus.* Ibid., 1931.

E. SCHRIDDE. *Organi ematopoietici. Anatomia Patologica di Aschoff.*

CATTANEO. *Fisiopatologia dello stato timo-linfatico.* Gazz. degli Osp. e delle Cliniche, 1930.

GALUP. *Le lymphatisme.* Presse Médicale, 1913.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI ANATOMIA PATOLOGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI CAGLIARI

Cisti da echinococco endocranica a sede piale.

A. BUSINCO, direttore.

Poche malattie parassitarie offrono, come l'echinococcosi, motivo a tante e così suggestive osservazioni anatomo-cliniche e alle conseguenti illazioni patogenetiche. Così, mentre la casistica aumenta di giorno in giorno, tanto da consentire ad A. Posselt (1) di raccogliere sull'argomento ben 711 voci bibliografiche, in una rassegna comparsa in questi giorni, non desta sorpresa che vi manchino alcuni importanti contribuiti italiani di questi ultimi anni. Il rilievo non vuole, perciò, muovere rimprovero al diligente autore tedesco, così acuto indagatore del morbo echinococcico — in quanto sono convinto della impossibilità di tenere dietro, soprattutto in tempi di così fervida produzione scientifica, al profondo e va-

(1) A. POSSELT. *Die vielkammerige Blasen wurmgeschwults ausserhalb der Leber (Extrahepataler alveolarechinococcus).* Ergebnisse der allgemeinen Pathologie u. path. An. d. Menschen u. d. Tieren, 26° Band, 1932.

sto movimento di studi e di ricerca — ma è diretto a ribadire l'interesse di una constatazione fatta nella Società fra Cultori di Scienze Mediche e Naturali di Cagliari (« Atti », fascicolo III, 1932), nel comunicare un caso di ciste da echinococco endocranica, che ritengo utile portare a conoscenza di un più largo pubblico, con qualche maggior dettaglio.

La constatazione è la seguente: fra le varie localizzazioni organiche dell'echinococco, quella degli organi nervosi è molto rara. Mi riferivo a qualche statistica, che parla della frequenza del 2,5 % (Graziani) (2), e rammentavo che in quella del Putzu (3) (senior), che è, forse, la più ricca e varia raccolta del genere comparsa nella patologia italiana, in quanto verte su 474 casi capitati a Cagliari, di cui 125 dall'A. personalmente studiati e curati nella Clinica Chirurgica, non figura, però, un solo caso di cisti idatidea cerebrale. Ma allo stesso tempo, stando a 5 casi direttamente constatati nel nostro Istituto di Anatomia Patologica (Putzu-Doneddu) in circa 15 anni, soggiungevo che non si doveva escluderne l'esistenza, in un paese a così imponente indice morboso echinococcico, quale la Sardegna.

Constatavo, anzi, che, negli ultimi anni, qualche caso di cisti echinococcica endocranica era stata sottoposta, con successo, al trattamento chirurgico: sicchè il clinico tiene sempre presente, e quasi al primo piano, tale possibilità eziologica nel travaglio diagnostico di una oscura sindrome tumorale degli organi cerebro-spinali.

Questo nuovo caso di echinococcosi endocranica — che ha dato lo spunto alla comunicazione e alle relative riflessioni — si aggiunge agli altri cinque repertati nel nostro Istituto: proviene da un bracciante dell'alpestre villaggio di Seui (Nuoro). Il lato più saliente è costituito dal reperto anatomico, che, limitato agli elementi essenziali, dimostrava — aperta la scatola cranica e rilevate le intuitive modificazioni dell'aumento di tensione a carico della dura e dell'encefalo, asimmetrico, con circonvoluzioni appiattite e spiccata iperemia piale — nella faccia inferiore del lobo frontale, la esistenza di una produzione sferoidale delle dimensioni di una discreta arancia (figura 1), con parete translucida trasparente, a contenuto acquoso limpido cristallino. Essa era in parte dentro uno stampo emisferico formato nella sostanza nervosa, di 6 cm. di diametro per 6 di profondità. Le pareti della cavità, liscie, lucide, levigate, percorse da tante strie rosso-scure, tortuose, date dai vasi sanguigni

FIG. 1.

piali, lasciavano trasparire netto il disegno delle circonvoluzioni cerebrali, appiattite, anzi introflesse (fig. 2). Il limite posteriore dell'apertura è formato dalle circonvoluzioni temporali, sicchè un tratto della fovea è delimitato dalla fossa silviana e dalle formazioni in essa con-

FIG. 2.

(2) GRAZIANI. *L'echinococco in Dalmazia.* Provveditorato gener. dello Stato, 1928, a. VI.

(3) F. PUTZU. *Su 125 casi di cisti da echinococco.* Archivio ital. di Chir., vol. XXIX, fasc. 2°, a. 1931.

tenute, appiattite dalla compressione. Il limite anteriore è dato, invece, dalle circonvoluzioni frontali della base, di cui rimane, però, ben disegnato solo un residuo, corrispondente al polo frontale. Il fondo, o meglio, il tetto dell'infossamento, è rappresentato da una lamina di tessuto nervoso di pochi millimetri di spessore: il ventricolo sinistro ne risulta, perciò, deformato e ristretto, in quanto il suo pavimento è sollevato dalla spinta della bozza cistica. Per lo stesso meccanismo è avvallata la contigua porzione frontale della superficie interemisferica del lobo destro, e il chiasma, il peduncolo ipofisario, con la regione ipotalamica ed i nervi ottici, sono deviati verso sinistra, e come affondati in uno stretto recesso. Anche il cervelletto ed i vasi della base sono deviati e compressi.

La sostanza nervosa è relativamente iperemica.

Degli altri organi accenno soltanto al reperto di grossi focolai confluenti di broncopolmonite fibrinosa — con tumore riacutizzato della milza su splenomegalia cronica da malaria, di degenerazione torbido-grassa del cuore, del fegato e dei reni, di esiti di pleurite fibro-adesiva sinistra.

L'esame istologico, orientato in modo da includere in una stessa visione la parete della fovea con le contigue circonvoluzioni della convessità, dimostra come la pia meninge si distenda su la corteccia, senza altre modificazioni che la riduzione delle maglie di tessuto lasso, di cui si compone, e una modesta proliferazione specie degli elementi perivasali. La corteccia, però, per effetto della compressione, presenta impicciolimento e diminuzione numerica delle cellule piramidali, parallelamente alla riduzione, fino alla scomparsa, della sostanza tigroide. Il fondo della fovea, in una sezione comprendente anche il pavimento del ventricolo cerebrale, appariva come un setto costituito da un ammasso di fasci omogenei, assumenti scarsamente il colore. Le cellule nervose sono limitate a pochi profili sbiaditi. I vasellini sanguigni sono, invece, relativamente distesi dal sangue. Il rivestimento ependimale, che tappezza la faccia superiore o ventricolare di questo setto nervoso, mostra una certa iperplasia delle cellule, che appaiono più alte e, in qualche tratto, si aggregano in forma di massoline sferoidi di elementi cilindrici a varia direzione.

La diagnosi anatomica, pertanto, precisava: *una cisti da echinococco, quanto una discreta arancia, infossante la base del lobo frontale sinistro, cospicua iperemia meningo-encefalica, broncopolmonite fibrinosa a focolai confluenti* (causa mortis) *con le conseguenti ripercussioni spleniche (tumore acuto su splenomegalia malarica) e metamorfosi torbido-grassa degli altri visceri (fegato, reni, cuore).*

*
* *

Il caso, anche così succintamente, ma sufficientemente esposto, non richiede delucidazioni dal lato morfologico: e, se si considerano le caratteristiche del pezzo anatomico, d'altronde così nettamente riprodotto dalle fotografie, corredate e confermate dal risultato dell'esame istologico, neppure richiederebbe molte parole per stabilire il problema patogenetico.

Uno dei quesiti più attraenti dell'echinococcosi dell'ospite intermedio, in ogni sede organica, è rappresentato dall'indagine delle vie seguite dal parassita per stabilirvisi e dare luogo alla sua forma larvale. Ma, mentre per certi organi (polmoni, visceri e tessuti addominali, apparato genitale, specie muliebre), è lecito avanzare varie ipotesi, e, talvolta, non prive di fantasia, nel campo delle cisti endocraniche, invece, la via seguita dall'embrione non può essere che quella sanguigna.

Poichè, infatti, l'embrione si trova nella nota fisionomia di uovo rivestito di cuticola chitinosa nell'ambiente esterno — il suo viaggio per giungere alla cavità endocranica presuppone: la liberazione dal suo rivestimento, onde azionare i suoi mezzi di fissazione e mettere in atto, forse, anche le attitudini attive a migrare attraverso la mucosa gastro-intestinale: il passaggio nella circolazione arteriosa. Ma per raggiungere la corrente arteriosa della carotide (interna, più spesso), è necessario ammettere che questo minutissimo embolo parassitario dalla circolazione portale sia riuscito a superare il cribro epatico, prima, e, in seguito, quello polmonare. Imboccata la carotide interna, esso va, di solito, a finire nell'emisfero destro. Sono note le ragioni anatomo-fisiologiche di questa predilezione.

Posselt, nella accennata rassegna, utile a consultarsi da chi voglia approfondire questo tema, ricorda osservazioni di Autori che hanno riferito metastasi echinococciche cerebrali partite da primitive localizzazioni epatiche o polmonari. Ma a parte l'indagine sul meccanismo di rottura della idatide primitiva, anche in tali congetture, la via seguita dagli scolici è sempre la stessa: la sanguigna.

Le stesse vie e stazioni di transito ha battuto l'embrione, quindi, per raggiungere il cervel-

lo in questa osservazione. Ma una prima variante è costituita dal fatto che l'embrione ha imboccato la carotide interna sinistra, mentre di consueto si trova all'emisfero destro. Altra, e più importante, è quella di essere andato a finire nella circolazione periferica dell'encefalo, anzi nel territorio piale.

In uno studio precedente su la patogenesi dell'echinococcosi cardiaca primitiva, (Pathologica, 1923) e, poi, in altre pubblicazioni successive mie e dei miei allievi (Padronetti (4), Scaglia (5), Putzu-Doneddu (6) ho affermato e ribadito il concetto che di solito, anzi nella grandissima maggioranza dei casi, qualunque sia la sede organica, la via seguita dall'embrione exacanto è la sanguigna. Se questo si ferma o, a guisa di embolo, come un corpo estraneo, viene passivamente arrestato nel primo tratto della sua migrazione, si avranno le cisti addomino-epatiche: se supererà il fegato, potendo seguire la stessa sorte dell'arresto nel cribro polmonare, si verificheranno le cisti polmonari. Passato quest'altro vaglio, e pervenuto nella circolazione arteriosa, con le cisti cardiache, si apre la svariatissima possibilità di qualsiasi più strana localizzazione organica.

Il prevalente sviluppo subaracnoideo che si è realizzato in questa osservazione e, molto verosimilmente, anche nel caso di Trias (7), di cisti idatidea intrarachidea, non è che una variante della primitiva localizzazione nel territorio capillare della pia meninge.

Che si tratti di questo destino, si desume dalla integrità del disegno corticale. La corteccia cerebrale, sotto la pressione lenta, continua, progressiva, si è come introflessa; e le meningi molli, integre anch'esse, hanno seguito il mantello corticale, conservando con questo i normali rapporti di contiguità. Chè, se la cisti si fosse, invece, insediata primitivamente nella sostanza nervosa, anche corticale, in qualche tratto, e proprio in quel tratto di attecchimento e di evoluzione, il disegno sarebbe stato alterato o, senza altro, distrutto.

Per questi semplici e lampanti dati di fatto, sembra indubbio che si tratti di una cisti primitiva della pia. Così, si intende come l'embrione, arrestatosi in un capillare piale, assumendo i materiali nutritivi, forse anche dal liquor subaracnoideo, abbia potuto svilupparsi tra la pia e l'aracnoide prima, tra l'aracnoide e la dura in seguito, determinando le modificazioni anatomiche riscontrate, e richiamando una oscura sintomatologia di tumore endocranico.

Ma, purtroppo, i dati clinici — per ragioni in gran parte indipendenti dalla buona volontà dei sanitari — sono molto schematici; ed io li ricordo per quel tanto che potranno interessare e sfruttarsi. Il malato, d'a. 30, vedovo, con 2 figli, accusava nulla d'importante nell'anamnesi famigliare remota e prossima. Fece il carabiniere dal 20° anno, per 3 anni. Congedato, emigrò in Francia. Ritornato in Sardegna, lavorò alla costruzione delle Ferrovie settentrionali sarde. Quando entrò nell'Ospedale Psichiatrico Provinciale, il 30 ottobre 1930, era inoperoso da 3 mesi. Ritornato a casa, si mostrò intontito, quasi muto, abulico, sudicio; dormiva a lungo e bisognava spesso imboccarlo. Indifferente verso i figlioli, incurante della propria persona, si allontanava da casa senza meta e compiva degli atti scorretti.

Nell'osservazione obbiettiva, diretta, si presentava istupidito, non rispondeva alle domande. Per lo più se ne stava immobile ad occhi chiusi. Camminava, se sorretto, con aria stanca, lentamente, e strascicando i piedi.

Nei primi giorni presentò paresi del facciale inferiore destro, incesso incerto e barcollante, parola lenta e disturbata, tremore della lingua, rigidità pupillare, riflessi patellari esagerati, rilevante sonnolenza, incontinenza di urine, traccia di albumina, fosfati e urati abbondanti, Wassermann negativa nel sangue. Dal lato mentale, nella prima settimana, si è mostrato molto stordito, quasi sempre addormentato. Solo a momenti era relativamente lucido, rispondeva a qualche domanda. Quasi improvvisamente si manifestò emiplegia (*sic*) destra, coma, impossibilità a deglutire, rantolo tracheale, febbre moderata. Tale stato durò tre giorni: poi si ebbe un certo miglioramento, con ritorno della coscienza, a tratti: possibilità di deglutire e di compiere lievi movimenti degli arti. Dopo quattro giorni, con qualche risveglio della coscienza, ed accenno a qualche movimento degli arti, si ripetè un nuovo aggravamento e si ebbe la morte.

Il caso venne al tavolo con la diagnosi di stato confusionale grave da probabile tumore dell'emisfero sinistro.

Anche con questi schematici cenni anamne-

(4) A. BUSINCO e PADRONETTI. *Sulla patogenesi dell'echinococcosi nell'uomo e negli animali domestici.* Riv. Biol., 1927.

(5) G. SCAGLIA. *Sull'echinococcosi primitiva del cuore.* Atti Soc. Cultori Sc. Med. e Naturali, 4 luglio 1930.

(6) PUTZU-DONEDDU. *Echinococcosi dell'uomo e degli animali domestici in Sardegna.* Siena, Tip S. Bernardino, 1930.

(7) TRIAS. Gazeta medica española, a. XI, n. 69, 1932.

stici ed obbiettivi, si potrebbero avanzare delle idee circa la diagnosi di sede, la natura del tumore e i sintomi fondamentali: lo stato confusionale, di riscontro frequente nei tumori del frontale, la emiparesi o l'emiparalisi controlaterale, la sonnolenza.

RIASSUNTO.

Si illustra, con riferimenti sopratutto patogenetici, un caso di cisti da echinococco endocranica, in sede baso-frontale sinistra, a insorgenza della pia meninge, in un uomo di 30 anni, affetto, per vari mesi, da stato confusionale e da gravi ripercussioni in paralisi di moto controlaterale, simulante un'emiplegia.

SUNTI E RASSEGNE.

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA.

Lo choc ostetrico.

(ED. LEVY-SOLAL. *Presse Médicale*, 10 dicembre 1932).

Tutti gli ostetrici conoscono i fenomeni cosidetti dello « choc ostetrico » sindrome legata alla evacuazione dell'utero e la cui gravità è sproporzionata all'intensità del traumatismo.

Mettendo da parte i casi di morte improvvisa, in cui l'autopsia rivela lesioni degenerative del fegato o lesioni gravi del cuore o delle surrenali, l'A. si sofferma a considerare gli incidenti sui quali è possibile applicare un'azione terapeutica, sia curativa che preventiva, efficace. Divide perciò gli chocs ostetrici in due gruppi, il primo in cui rientrano quei fenomeni che possono verificarsi senza alcuna causa apparente, e quindi imprevedibili, il secondo che comprende gli chocs prevedibili, perchè dovuti a una affezione rimasta occulta: i primi rappresentano una vera sindrome funzionale, i secondi una sindrome più propriamente organica.

Fra quelli del primo gruppo, lo *choc emorragico* è il più conosciuto: ma in esso i fenomeni di choc non sono immediatamente consecutivi all'emorragia e sono perciò differenti dai fenomeni che si osservano nelle anemie acute.

È possibile distinguere in esso tre fasi: 1) una *fase di tolleranza* che è di durata variabile e durante la quale si nota una sproporzione fra l'emorragia e il modo con cui essa è sopportata: il polso, il respiro restano normali, la pressione sanguigna è di poco abbassata; il sistema vascolare, con la sua contrattilità si adatta alla massa sanguigna deficiente. È la fase stenica di ogni emorragia.

2) Una *fase critica* che si manifesta con un ripiegamento progressivo o più o meno brusco dello stato generale. Quando l'emorragia sorpassa il 20-30 % (circa 1 ½-2 litri) della massa sanguigna totale, la pressione arteriosa cade bruscamente, come se un punto critico fosse stato raggiunto. Il polso e il respiro si accelerano. A questo stadio grande importanza ha lo studio dei fenomeni subiettivi, caratterizzati da ronzio nelle orecchie, sete d'aria, voce stanca e da quello stato speciale d'inquietudine, che raramente manca, e che precede il chiaro manifestarsi della sintomatologia obiettiva.

3) una *fase astenica*, stato di squilibrio organico, caratterizzata da un marcato abbassamento della pressione arteriosa, da polso impercettibile, seguito da uno stato di collasso e da una vera sincope, che può essere mortale: qui lo choc è funzione di una emorragia scompensata; ora, l'organismo reagisce in generale in maniera differente a seconda le modalità della perdita sanguigna. Questa può presentarsi sotto tre aspetti:

a) emorragie ripetute nel corso della gravidanza e dovute a inserzione viziosa della placenta: in tali casi una piccola emorragia durante il parto o durante il distacco della placenta può causare uno choc mortale;

b) emorragia *distillata*, prolungata o a ripetizione durante il distacco placentare;

c) emorragia massiva ma unica, sia durante il parto che durante il distacco di placenta.

Le più gravi sono le emorragie in soggetto già spoliato di sangue: meno gravi le emorragie prolungate, a gocce, meno gravi ancora le emorragie massive, ma uniche. Nei primi due casi la fase stenica è di breve durata: bisogna essere pronti, non appena evacuato l'utero, ad agire alla prima apparizione dei segni della fase critica.

Nel terzo caso invece bisogna sorvegliare il soggetto: può darsi che non sia necessario intervenire.

Bisogna diffidare della falsa sicurezza che può dare l'ergotina ad alte dosi. La sua azione generale vaso-costrittiva e tonicardica può solo prolungare in maniera fittizia la fase di compensazione. È opportuno ricorrere all'iniezione endovenosa di siero o alla trasfusione sanguigna?

Esperienze di vari AA. hanno dimostrato che l'iniezione endovenosa di siero deve essere praticata soltanto se si è sicuri di una emostasi perfetta: infatti quando l'emostasi non è stata perfettamente realizzata (e si sa che l'emostasi ostetrica non è mai così immediata e così efficace come l'emostasi chirurgica) il siero non serve ad altro che a ricondurre nel torrente circolatorio la massa sanguigna che era incanalata nel territorio intestinale. La fleboclisi poi può riuscire utile soltanto nel caso che l'emorragia sia stata massiva ma unica. Essa è insufficiente, e talvolta anzi pericolosa, quando

la perdita di sangue ha sorpassato un certo limite (20-30 % della massa sanguigna totale).

Ma data la difficoltà di stabilire sicuramente l'importanza dell'emorragia e data d'altra parte la sicura efficacia della trasfusione sanguigna, è quest'ultima che deve essere preferita in ogni circostanza. La quantità di sangue da iniettare deve essere subordinata all'importanza dell'emorragia, alla sua persistenza, all'intervento che la malata deve sopportare, ma soprattutto alle reazioni del soggetto nel corso della trasfusione.

Praticamente si comincia con una trasfusione di 500 a 800 cc. ma è talvolta necessario sostituire completamente la quantità di sangue perduto. Si riesce così ad ottenere un equilibrio stabile, non transitorio come si ha dopo la fleboclisi. Gli *choc senza emorragia* e per lo meno senza accentuazione della normale emorragia del parto, riconoscono la loro origine nel collasso della circolazione periferica o di ritorno: le varie lacune della circolazione venosa costituiscono un *cuore periferico*, vero e proprio apparato di regolazione del circolo, il cui equilibrio è mantenuto grazie all'azione del sistema nervoso vasocostrittore che regola la capacità della rete venosa a seconda della quantità di sangue che essa deve contenere.

È il fattore nervoso vasocostrittore appunto che ha grande importanza nella determinazione di questo collasso periferico: l'inibizione riflessa dei nervi vasocostrittori, per traumatismi locali anche lievi, per evacuazione rapida della cavità addominale, può determinare un collasso periferico mortale.

Tali casi debbono essere combattuti mediante la posizione inclinata del soggetto, l'applicazione di una cintura addominale compressiva, la somministrazione di adrenalina che ha azione vasocostrittiva energica, e in alcuni casi una trasfusione sanguigna equivalente alla piccola, ma mal sopportata perdita di sangue.

Lo *choc ipoglicemico* trova la spiegazione nel fatto che, mentre normalmente durante l'ultimo mese di gravidanza la glicemia si eleva lentamente e progressivamente ed ancor più durante il parto, subito dopo questo invece si ha un abbassamento rapido di essa.

L'A., che per primo ha compiuto queste osservazioni, ha visto infatti che nella speciale forma di aborto detta sincopale, nella quale i fenomeni generali sono sproporzionati alla gravità della emorragia, si ha un abbassamento notevole del tasso glicemico. In queste forme l'A. ha ottenuto un rapido miglioramento mediante la semplice ingestione o iniezione sottocutanea di siero glucosato.

Anche qui la adrenalina è indicata data la sua azione iperglicemizzante.

Fra il secondo gruppo, quello cioè degli *chocs organici prevedibili* sono da considerare: *lo choc cardiaco*: una cardiopatia può rivelarsi soltanto al momento del parto. In tali casi un insieme di sintomi dà allo choc una fisionomia speciale: leggera turgescenza delle giugulari, aspetto cianotico del viso, tinta asfittica delle estremità, tendenza istintiva a muoversi o a raddrizzarsi sul letto. Questi disturbi sono i segni di una ipertensione venosa della piccola circolazione.

Dalla terapia di questi casi deve essere esclusa tanto la trasfusione che la fleboclisi, e l'adrenalina. L'emorragia in questi casi tende a ristabilire l'equilibrio circolatorio; bisogna rispettarla se essa è moderata. L'iniezione di caffeina o meglio l'ingestione di digitale sono efficaci.

Lo *choc tiroideo* in alcune pazienti affette da forme di Basedow fruste, si manifesta già nel corso del parto con una agitazione anormale, con una crisi di tachicardia, con lieve esoftalmo nel momento dell'espulsione.

Queste malate sopportano bene il parto normale, ma possono cadere in preda a choc per l'applicazione del forcipe o per una emorragia di media gravità. La malattia invero in un buon numero di soggetti, diventa più caratteristica dopo la prima gravidanza e gli incidenti temibili hanno luogo in occasione dei parti successivi.

L'esame degli antecedenti familiari e personali può permettere di scoprire questi casi e di trattarli preventivamente. G. LA CAVA.

Un caso di gravidanza tubarica a termine.

(MONNIER. *Marseille-Médical*, 25 apr. 1932).

L'A., che già nel 1930 ebbe ad osservare un caso di gravidanza tubarica a termine in una donna di 34 anni, riferisce ora intorno ad un secondo, alla Società di Medicina di Aleppo.

Il 16 gennaio 1931 la sig.ra T. di a. 35, andò a farsi visitare dall'A. perchè era incinta di undici mesi.

Essa è sempre stata in buona salute: mestruata a 12 a., maritata a 21, ha partorito a 22 a. un figlio tuttora vivente e sano.

Ha avuto l'ultima mestruazione nel febbraio 1930. È stata bene fino al 3° mese di gravidanza. Un dopo pranzo fu presa bruscamente da un dolore molto vivo nella fossa iliaca destra che da un medico fu diagnosticato per appendicite.

Dopo alcuni giorni la malata si sentì meglio, ma da allora continuò ad avvertire dolori più o meno intensi al lato destro dell'addome.

Esame obiettivo: donna alta, magra, pallida, con lievi edemi agli arti inferiori.

Esame dei polmoni e del cuore negativo.

Alla palpazione dell'addome: utero bene sviluppato che occupa la parte mediana dell'addome e che risale un po' più in alto del bordo costale. Testa non impegnata.

All'ascoltazione non si sente il battito fetale.

All'esplorazione il collo appare chiuso, allungato, rigido, spostato leggermente a sinistra, e si sentono bene due tumefazioni: una grossa che viene creduta l'utero e una piccola che sembra un fibroma.

L'ammalata viene spedalizzata e poichè albuminurica viene sottoposta a regime latteo.

Operazione (6 febbraio 1931): la tumefazione più grande è la tromba enormemente dilatata e la tumefazione minore è l'utero estraneo a questa gravidanza. Viene praticata una cesarea su la cisti fetale. Lo spessore della parete è di circa cm. 1; la placenta fa corpo con essa. Assai laboriosa è l'asportazione *in toto* della cisti fetale che è aderente al colon trasverso, al ceco, al peritoneo parietale destro, ai vasi iliaci e all'uretere d.

Il feto, di sesso maschile a termine, pesa kg. 3,200.

La malata morì di uremia dopo 10 giorni dall'operazione.

I casi di gravidanza extrauterina a termine sono rarissimi poichè la rottura della tromba e l'interruzione della gravidanza ha luogo nei primi mesi.

La tromba è capace di uno sviluppo enorme ma i villi coriali non trovano nutrimento necessario su quest'organo e si impiantano perciò sugli organi vicini, il che rende difficoltosa l'operazione.

La marsupializzazione è spesso in tali casi un procedimento più logico e più benigno ma ha lo svantaggio di una troppo lenta cicatrizzazione. VICENTINI.

Eclampsia senza convulsioni terminante con apoplessia cerebrale.

(A. G. KING. *Journ. of the Americ. Med. Ass.*, 7 gennaio 1933).

L'eclampsia delle gravide è una tossiemia; sarebbe bene chiamarla semplicemente tossiemia gravidica, anche perchè essa può decorrere senza crisi convulsive e può manifestarsi con vomito, con alterazioni funzionali del rene e del fegato, con emorragie retiniche e anche con apoplessia cerebrale, con distacco prematuro della placenta, con polineurite, con psicosi.

L'A. adopera il termine di eclampsia senza convulsioni per indicare quei casi che giungono al tavolo anatomico colle lesioni identiche a quelle dei casi con convulsioni. L'anatomia patologica dell'eclampsia fu descritta brevemente da Schmorl come degenerazione dei reni e più precisamente dei tubuli, necrosi epatica, degenerazione miocardica, emorragie e rammollimenti cerebrali, e trombosi degli organi interni. Più recentemente Bell ha descritto una lesione renale che egli considera tipicamente glomerulare.

L'inizio può essere insidioso. La cefalea è il sintoma più frequente, poi vengono in ordine di frequenza il vomito, l'edema, i disturbi visivi e i dolori epigastrici. L'albuminuria non c'è sempre, e qualche volta c'è anche febbre. A volte il collasso improvviso è il primo segno della malattia.

L'A. descrive un caso, osservato in una terzipara, di razza negra, diciannovenne, che fu condotta in ospedale in stato comatoso. Ella era al 9° mese di gravidanza, durante la quale era stata visitata ambulatoriamente e aveva avuto pressione arteriosa normale senza albuminuria e con Wassermann negativa. Fu fatta una cesarea in anestesia locale e fu estratto feto a termine vivo. Dieci ore dopo la donna morì. Anatomicamente si trovò: rene sinistro aumentato di volume con uretere dilatato, emorragia imponente della capsula interna. I reni presentavano glomerulonefrite e degenerazione tubulare. C'era anche necrosi del fegato. R. LUSENA.

Stato attuale della terapia ormonica in ginecologia.

(O. P. MANSFELD. *Wiener klin. Wochenschr.*, n. 45, 1932)

Gli ormoni sessuali femminili provengono dall'ovaio e dal corpo luteo. Molto importanti sono inoltre gli ormoni del lobo anteriore dell'ipofisi, perchè essi stimolano all'attività l'ovaio. L'ipofisi secerne nel suo lobo anteriore 4 ormoni diversi: un ormone dell'accrescimento, un ormone che agisce sul ricambio, e due ormoni che stimolano la funzione specifica dell'ovaio, il Prolan A. e il Prolan B. Il ciclo sessuale dura nella donna 28 giorni. Durante i primi 5-15 giorni del ciclo il follicolo primario si trasforma nel follicolo di Graaf. Intorno all'ovulo si forma il succo follicolare. Contemporaneamente la mucosa dell'utero prolifera. Tra il 15°-16° giorno del ciclo mestruale si ha l'ovulazione. Il follicolo scoppia e il succo follicolare si svuota nella cavità addominale. Dal 16° al 28° giorno ha luogo la migrazione dell'uovo. Contemporaneamente la mucosa dell'utero diventa secernente e si sviluppa fino allo stadio pregravidico. Il follicolo di Graaf svuotato si trasforma in una glandola endocrina, il corpo luteo. Dal primo al quinto giorno del ciclo l'ovulo muore, il corpo luteo si atrofizza, lo strato proliferato della mucosa uterina si demarca, si elimina, avviene l'emorragia. Il corpo luteo si atrofizza. Tutta la detta evoluzione dei follicoli viene determinata dal Prolan A. che fa maturare il follicolo e determina l'estro; il Prolan B. invece forma dal follicolo il corpo luteo. Le modificazioni a carico della mucosa uterina sono determinate da un ormone contenuto nel succo follicolare, la « follicolina ». La follicolina determina nel topo castrato le manifestazioni dell' « estro » cioè una desqua-

mazione caratteristica della mucosa vaginale. Il follicolo umano maturo contiene circa 2-3 cmc. di liquido e tanto ormone da provocare la desquamazione caratteristica in 8-12 topi: si dice cioè che esso contiene 8-12 unità topo.

La follicolina si ricava specialmente dalla urina di cavalle gravide; essa contiene 100.000 unità topo per litro. L'urina umana ne contiene 10.000. È interessante il fatto che la follicolina si trova in piccole quantità anche nel testicolo dell'uomo, nella bile di tutti e due i sessi, nelle patate, rape, fiori, ecc. È dunque una sostanza aspecifica.

Il lobo posteriore dell'ipofisi produce 4 ormoni che non hanno però rapporto specifico con i genitali: un ormone vasotonico, un ormone tonico dell'utero, un ormone antidiuretico, e un ormone che agisce sui melanofori. Il corpo luteo elabora due ormoni, di cui il primo determina la fase secretiva pregravidica della mucosa uterina; il secondo ormone impedisce l'ovulazione e la maturazione di un nuovo follicolo. Anche l'utero elabora un ormone che agisce sull'ovaia. Hanno rapporti con gli ormoni sessuali gli ormoni della tiroide e della corteccia surrenale. In casi di iperfunzione surrenale si ha uno sviluppo sessuale precoce, tipo intersessuale, pseudoermafroditismo, in casi di ipofunzione si hanno deficienza di sviluppo degli organi sessuali. Durante la gravidanza aumenta nella urina anche l'ormone del lobo anteriore dell'ipofisi, fino a 10.000 unità topo per litro (nella donna non gravida non supera le tre unità topo).

All'infuori della gravidanza l'ormone è aumentato in casi di tumori genitali e in tutti quei casi in cui la funzione ovarica si arresta o manca (climaterio, castrazione, amenorrea, e oligomenorrea infantile).

Gli ormoni sessuali possono essere prodotti in eccesso oppure in difetto. Nel primo caso si hanno emorragie uterine frequenti, abbondanti e prolungate, miomi, osteomalacia, ninfomania. Nel secondo caso amenorrea, dismenorrea, ipoplasia genitale e infantilismo, sterilità, clorosi, adiposità endocrina, iperemesi.

I metodi della terapia ormonica consistono nella somministrazione di ormoni, e nella stimolazione o nella inibizione della produzione ormonica.

La somministrazione di ormoni si fa per via orale o parenterale: si può usare anche il metodo degli innesti di ovaio, importanza pratica hanno però solo gli « autoinnesti » (innesto di ovaio in altra parte del corpo della stessa donna), anche questi non funzionano per più di 3-5 anni, inoltre spesso in modo atipico.

Gli ormoni del lobo anteriore dell'ipofisi stimolano la funzione ovarica in casi di amenorrea e nel climaterio; in pratica l'effetto è stato però assai mediocre. Essi determinano invece una forte iperemia degli organi sessuali, si consigliano quindi nella cura delle infiammazioni degli annessi. Le iniezioni sono talvolta dolorose, il dolore dimostrerebbe che nel caso speciale esiste una ipofunzione della ipofisi. Il « Prolan » riduce il ricambio basale e si presta perciò a cure ingrassanti.

Nei casi di amenorrea oligormonica è utile la follicolina: si consiglia di associarla con il Prolan, iniettando quest'ultimo durante i primi 9 giorni del ciclo mestruale, la follicolina durante gli altri 18 giorni.

Gli ormoni del corpo luteo sono efficaci nel combattere le emorragie genitali: l'ormone del corpo luteo, la « lutina », è però stata preparata in forma pura solo del tutto recentemente e non ancora sperimentata come tale nella forma pratica.

I preparati di placenta aumentano la secrezione lattea, probabilmente per il loro contenuto in Prolan. Infatti durante la gravidanza l'ormone del lobo anteriore della ipofisi viene prodotto dalla placenta.

La stimolazione della produzione di ormoni si ottiene irradiando con piccole dosi di raggi X l'ovaio o l'ipofisi, oppure stimolando in vario modo l'utero. L'irradiazione delle ovaie riesce a guarire spesso delle amenorree e delle iperpolimenorree di lunga durata, e persino la sterilità; ma è un metodo pericoloso, perchè l'ovaio così eccitato può dare dei frutti degenerati. Più raccomandabile è perciò l'irradiazione della ipofisi, però la funzione ovarica viene stimolata egualmente bene anche da manipolazioni sull'utero. Si può ricorrere indifferentemente alla stasi alla Bier, al raschiamento della mucosa uterina, al massaggio e alla iperemizzazione dell'utero.

Nelle malattie da iperfunzione diventa necessaria una inibizione della produzione degli ormoni. Oltre alla castrazione temporanea con i raggi Roentgen (usata specialmente nelle metrorragie e nei tumori annessiali delle giovani, ma pericolosa per la possibilità di una castrazione definitiva) si ricorre all'ormone del corpo luteo, l'antagonista della follicolina, o al Prolan B., che in dosi adatte ha la proprietà di inibire la maturazione dei follicoli.

R. POLLITZER.

SISTEMA NERVOSO.

Lo stato attuale della quistione dell'isteria.

(ROUQUIER. *Gazette des Hôpitaux*, 26 novembre 1932).

Malgrado la rarefazione dei casi di questa malattia, sopra tutto di alcuni complessi sintomatologici della malattia stessa, la quistione dell'isteria rimane sempre all'ordine del giorno. Gli studii di Babinski, senza essere risolutivi, hanno portato qualche chiarificazione sull'argomento ed hanno concorso a rendere meno teatrale la fenomenologia dell'affezione.

La scuola di Charcot e di Bernheim, rispettivamente della Salpêtrière e di Nancy, avevano moltiplicato all'infinito il numero dei disturbi della grande neurosi.

Tutte le manifestazioni dell'isteria (crisi convulsive, emiplegia, paraplegia, contratture, tremori, astasia, abasia, algie, amaurosi, sordità, mutismo ecc.) avevano un carattere comune: la coesistenza di stigmate che si consideravano come particolari del « mostro proteiforme ».

Queste *stigmate* non erano altro che disturbi sensitivi o sensoriali: emianestesia cutanea, anestesia faringea o congiuntivale, restringimento del campo visivo, emianestesia sensitivo-sensoriale.

Babinski ha dimostrato che tutte queste stigmate sono la conseguenza dell'auto o dell'eterosuggestione. Esse non si riscontrano da che non vengono più ricercate sistematicamente, Si constatano tuttora solo in quei casi nei quali i soggetti hanno interesse ad essere o sembrare malati, che sono ripetutamente e minutamente esaminati dai medici. Si tratta sopra tutto di anestesie cutanee e mucose che vengono create per suggestione, e perseverano fino a quando il soggetto non ha ottenuto lo scopo che persegue.

La *convulsione isterica* è presso che scomparsa. È difficile ora constatare la grande crisi, così frequente ai tempi di Charcot, con le sue varie successioni: movimenti tonici o clonici, opistotono, atteggiamenti estatici o passionali. E ciò perchè il medico non suggestiona più con i suoi esami, con le sue domande, perchè i malati non si contagiano più tra loro.

Anche le *contratture* possono essere prodotte sotto l'influenza della persuasione, ossia volontariamente. Non sono accompagnate da nessuna modificazione dei riflessi tendinei, osteoperiostei o cutanei, ma spesso ad esse si sovrappone un'anestesia a tipo isterico classico, a manica, a guanto, a stivale.

Queste contratture sopravvengono spesso dopo un trauma e si associano talvolta a disordini di origine organica.

L'*emiplegia isterica* è molto meno frequente di quel che farebbe ritenere la casistica pubblicata. Sta di fatto che parecchi emiplegici dichiarati come pitiatici finiscono col tempo per essere riconosciuti come organici. Le nostre maggiori conoscenze sulla funzione talamica hanno concorso a meglio definire alcune sindromi sensitivo-motorie che una volta venivano senza altro attribuite all'isterismo. L'antica emiplegia pitiatica non è che una sindrome piramidale deficitaria con un elemento talamico secondario incostante.

La *paralisi facciale isterica* ora non esiste affatto e forse non è mai esistita. Il criterio differenziale consisteva nel fatto che è impossibile di determinare volontariamente la paralisi del ramo inferiore, e quindi venivano escluse dalle paralisi facciali isteriche quelle nelle quali era compromesso questo ramo. Ma non è vero il viceversa: il fatto che nel quadro della paralisi manca la deficienza dei muscoli innervati dal ramo mascellare, non prova in nessun caso che si tratti di un disordine isterico, in quanto la sindrome può presentarsi nel quadro del parkinsonismo ed anche nelle lesioni neuritiche periferiche.

Per quel che riguarda i *tremori* è incontestabile che la suggestione può provocare la comparsa di fenomeni eccito-motori variabili e varii, riproducenti grossolanamente il quadro clinico di varii tics, coree, tremori di origine organica, e che la controsuggestione può farli scomparire. Tali fenomeni si verificano in seguito ad un trauma, ad una emozione, in individui iperemotivi, con reazioni eccessive.

Ma si tratta per lo più di fenomeni transitorii.

Sta di fatto che molti tremori pretesi isterici sono legati a sindromi organiche.

Tutte le emozioni, ed in particolare quella legata all'esame medico, accentuano i tics, i movimenti coreici e coreiformi, come tutti i tremori di origine striata e peduncolo-pontine.

Malati che a prima vista sembrano affetti solo da tremori, esaminati attentamente presentano sintomi più o meno discreti della sindrome parkinsoniana. Il loro tremore è distasico, è esagerato dalla stanchezza o dalle emozioni, predomina nettamente ad un lato; si accompagna a lieve ipertonia, alla soppressione dei movimenti di automatismo secondario, talora ad ipereccitabilità meccanica dei muscoli, a disturbi vasomotori, ad esagerazione dei riflessi di posizione.

Si tratta insomma di tremori persistenti di origine organica, extrapiramidale nel senso più largo della parola.

L'*astasia-abasia* è una sindrome dipendente da cause molto differenti ed è incontestabile che si osserva spesso in pitiatici o organico-pitiatici. Tuttavia vi è un tipo clinico di questa affezione che considerata per lungo tempo di origine isterica è invece certamente organica. È l'*astasia-abasia trepidante*, la quale ha caratteri molto netti. Sdraiato o seduto l'infermo può eseguire ogni specie di movimenti, specie con gli arti inferiori; può reggersi in piedi e camminare, malgrado una leggera ipertonia degli arti inferiori che compare in occasione dei movimenti. Ma quando è sotto l'azione di un'emozione, gli arti inferiori si irrigidiscono, il malato trepida sul suo poligono di sostegno, perde l'equilibrio e cade. Disturbi analoghi compiono agli arti superiori specie quando l'infermo incontra una

certa resistenza nell'esecuzione dei movimenti volontarii. Nel riposo il tono muscolare è normale o quasi, e la mobilità passiva dei varii segmenti degli arti è perfetta. I movimenti volontarii invece fanno comparire una rigidità dinamica specie agli arti inferiori. Per lo più i disturbi prevalgono da un lato con lieve modificazione di riflessi tendinei.

Non esistono in questi infermi sintomi di irritazione piramidale o cerebellari.

Il tremore si avvicina a quello parkinsoniano, ma è più spasmodico e non esiste nel riposo.

Non esistono disturbi subiettivi e obiettivi della sensibilità, disturbi trofici e sfinterici. Invece è evidente il disordine dell'emotività. La trepidazione è accompagnata da dispnea e disturbi vasomotori. Talvolta con la caduta si ha una fugace perdita della coscienza.

In un caso del genere Lhermitte e Cornil hanno constatato lesioni diffuse della *striatum* e del *pallidum*. Ed è, invero, probabile che la sindrome, certamente di natura organica, sia legata ad un'alterazione del sistema extrapiramidale, le cui funzioni siamo ancora ben lungi dal conoscere esattamente.

La *poliuria isterica* è una sindrome che non merita alcuna considerazione. Quando è transitoria può essere in rapporto ad un fatto emotivo, e quando è persistente è certamente in rapporto alla volontaria ingestione di abbondanti quantità di liquido.

Il così detto *diabete isterico* è un entità clinica forse inesistente. Esso è scomparso dalla nosografia ora che si sono messe in evidenza le relazioni del diabete con le lesioni infiammatoria o neoplastica della regione dell'ipofisi e del cervello medio.

L'*amaurosi* o *cecità pitiatica* è un fatto incontestabile, ma la casistica ne è divenuta sempre più scarsa dacchè la perfezione degli esami ha consentito di meglio riconoscere i disturbi visivi dipendenti da intossicazioni, da disordini vasali, o legati ad altre affezioni nervose o malattie generali.

Le su esposte considerazioni consentono di affermare che la incontestabile, anzi impressionante, riduzione del numero dei casi di isteria va attribuita a due cause: 1) riduzione delle cause determinanti (suggestione); 2) attribuzione altre entità patologiche di disordini che per lo passato venivano senz'altro qualificati come isterici. DR.

La distasia areflessica ereditaria.

(G. ROUSSY e G. LEVY. *Presse Médicale*, 19 novembre 1932).

Gli AA., che hanno per primi identificato il quadro morboso di questa malattia, che essi credono di poter nettamente differenziare dalla malattia di Friedreich e da quella di Charcot-Marie a cui essa rassomiglia, analizzano in questo articolo le manifestazioni cliniche di essa, il suo modo di apparizione famigliare ed individuale, la sua evoluzione e precisano inoltre i caratteri che differenziano questa affezione da quelle di Friedreich e Charcot-Marie.

Sintomatologia. Desunta dalla osservazione degli AA. e da quella di Popow, che viene a confermare l'individualità clinica della malattia questa si manifesta con i seguenti sintomi:

a) *disturbi della stazione eretta*: consistono in fenomeni di leggera incoordinazione, con andatura barcollante, ma solo in lievissimo grado, ed inoltre in crampi dolorosi alle gambe accentuatisi col cammino, fenomeni questi che sembrano legati alla deformazione dei piedi. Questi disturbi tendono a scomparire con l'età;

b) mancanza completa e generalizzata dei riflessi tendinei, sia agli arti superiori che inferiori;

c) la presenza di piede cavo bilaterale o unilaterale, con accentuata esagerazione dell'arco plantare;

d) la gracilità notevole del terzo inferiore della gamba;

e) lieve incoordinazione nei movimenti della mano accompagnata o non da atrofia dei muscoli tenari e ipotenari;

f) abolizione o debolezza dei riflessi addominali cutanei, ipoeccitabilità faradica e galvanica dei muscoli dei segmenti distali degli arti e talvolta lievi disturbi sfinterici.

Questi i segni, per così dire, positivi. Fra i segni negativi la mancanza di disturbi cerebellari caratteristici, la mancanza di disturbi della sensibilità obiettiva e subiettiva, non amiotrofia nè scoliosi. I nervi cranici sono indenni e non si ha nistagmo: la parola e l'intelligenza sono assolutamente rispettate.

L'affezione debutta nella primissima infanzia, manifestandosi con un netto ritardo della deambulazione ed una grande difficoltà del bambino a compire i primi passi, i quali saranno possibili soltanto verso i 2-3 anni. Quanto al carattere familiare dell'affezione, gli AA. hanno avuto occasione di studiarla in 7 soggetti della stessa famiglia in cui la malattia aveva colpito i due sessi attraverso i quali si trasmetteva: però la trasmissione non era fatale, perchè vi erano alcuni elementi della famiglia che non erano colpiti. L'evoluzione individuale della malattia è caratterizzata anzitutto da una regressione della sintomatologia, regressione che va di pari passo con lo sviluppo somatico. Nell'adulto la sintomatologia rimane fissa senza alcuna tendenza ad aggravarsi e dà luogo a disturbi talmente insignificanti, che la maggior parte di questi soggetti si meraviglierebbero di sentirsi classificare come malati.

Popow insiste con ragione sul fatto che questi pazienti, nell'infanzia ricordano la malat-

tia di Friedreich, nell'età adulta si avvicinano di più alla amiotrofia di Charcot-Marie. La « distasia ariflessica ereditaria » presenta in comune con la malattia di Friedreich: il piede torto, l'abolizione dei riflessi tendinei, e, nel bambino, i fenomeni di incoordinazione; ma se ne differenzia per la mancanza della sintomatologia cerebellare tipica, per la mancanza dei disturbi della parola, del nistagmo e dell'instabilità coreiforme.

Essa, d'altra parte, si ravvicina all'amiotropia di Carchot-Marie per l'aspetto gracile del terzo inferiore della gamba, per la debolezza e malaccortezza nei movimenti delle mani, per i lievi disturbi alla reazione elettrica e per l'esistenza del piede torto: ma se ne distingue per la piccolezza dei fenomeni amiotrofici, per la mancanza dei disturbi della sensibilità e dei disturbi vasomotori.

Caratteristica è poi la precocità costante della sua apparizione e la regressività della sintomatologia nella sua evoluzione.

Chiara appare dunque l'individualità nosologica della malattia descritta dagli AA., rispetto alle altre due, di cui potrebbe a prima vista sembrare una forma frusta o di transizione. Ma, aggiungono gli AA., anche se questa ultima supposizione potesse essere dimostrata vera, rimarrebbe sempre aperto un notevole campo di ricerche onde stabilire le leggi che regolano l'evoluzione, le varietà e le connessioni reciproche delle varie malattie a carattere famigliare.

In attesa ed in mancanza di documentazioni anatomiche gli AA. propongono di denominare questa malattia « distasia ariflessica ereditaria » nome che non pregiudica nè la natura ne la localizzazione delle eventuali lesioni anatomiche causali. G. LA CAVA.

Il trattamento del rammollimento cerebrale.

(S. DE SÈZE. *Journ. des praticiens*, 27 febbraio 1932).

L'A. rileva che le stesse alterazioni vascolari, secondo le circostanze, provocano la formazione di un focolaio di rammollimento o di un'emorragia cerebrale. Nel focolaio emorragico, non si trova nè l'aneurisma miliare classico, nè una qualsiasi rottura vascolare; si trova soltanto un vaso ristretto, sclerosato, poco permeabile talvolta del tutto obliterato; in somma delle lesioni ben poco diverse da quelle che si trovano nel rammollimento.

Poichè la pressione arteriosa elevata costituisce una condizione favorevole per mantenere la circolazione cerebrale sufficiente in una silviana poco permeabile, non ne consegue affatto che la produzione di una brusca ipertensione sia il migliore trattamento del rammollimento. Anzitutto l'aumento brusco della pressione arteriosa può determinare una vaso-costrizione reazionale dei vasi cerebrali ed inoltre essa può provocare, in vasi fragili, la rottura.

Evitare, inoltre, un abbassamento brusco della tensione arteriosa, che aumenterebbe la deficienza di un'irrigazione cerebrale già imperfetta.

Perciò, nei malati comatosi o semi-comatosi, l'inanizione e la disidratazione non hanno nessun effetto; questi malati vanno, invece, alimentati ed abbeverati largamente per quanto permette il loro stato.

Utili sono le medicazioni stimolanti e cardiotoniche, ma nulla di più dannoso delle iniezioni endovenose di siero artificiale; esse, in risposta alla distensione meccanica che danno, provocherebbero una distensione spastica dei vasi cerebrali e favorirebbero la comparsa di un'emorragia. Per la stessa ragione, l'adrenalina non è consigliabile.

Se l'individuo è iperteso, un salasso medio è utile, non oltre i 250 cmc., fatto col malato sdraiato ed a testa bassa.

L'acetilcolina (10 cg. per iniezioni sottocutanee, fino a 2-3 volte al giorno) rende notevoli servigi e non aumenta un'emorragia, che non dipende da una lesione arteriolare, ma è più che altro prossima alla patogenesi dell'infarto.

L'azione dei raggi ultravioletti sul metabolismo della colesterina permette di sperare che il trattamento potrà produrre degli effetti favorevoli sul miglioramento delle lesioni ateromatose. *fil.*

ANGINA DI PETTO.

L'angina di petto.

(E. LESCHKE. *El Hospital Argentino*, 30 giugno 1932).

Il 21 luglio 1768, W. Heberden pronunciava nel Royal College of Physicians una conferenza in cui si esprimeva nei seguenti termini: « Esiste una affezione del petto, che presenta sintomi violenti e singolari, notevole a causa del suo carattere pericoloso e della sua relativa frequenza. Per la sua localizzazione e per il senso di angoscia che essa porta con sè, la si può giustamente chiamare *angina pectoris* ».

Da quel giorno ad oggi molti progressi si son fatti nella conoscenza di questa malattia, ma l'appassionante problema che implica la sua natura e la sua patogenesi non si può dire ancora del tutto chiarito.

La statistica che l'A. ha fatto di 100 casi capitati sotto la sua osservazione viene a confermare quanto già altri AA. avevano messo in evidenza: ci conferma infatti la maggiore frequenza della malattia nel sesso maschile (84 %), la predisposizione costituzionale che verso di essa mostrano i temperamenti pic-

nici (56 %) e gli individui con disturbi del metabolismo o del sistema nervoso vegetativo, la importanza quale fattore etiologico della lues e del tabagismo. L'età in cui più frequentemente la malattia si manifesta è quella fra i 50 e i 60 anni (49 %) mentre fra i fattori scatenanti i più importanti sembrano il movimento (62 %), il freddo (24 %), il sonno (20 %). Riguardo alla sintomatologia speciale, il sintoma più frequente è l'irradiazione al braccio sinistro (59 %), mentre una dispnea lieve era presente solo nel 17 % dei casi. La pressione sanguigna si manteneva normale nella maggior parte dei casi (59), era lievemente aumentata in 29 casi, ed in 12 fortemente aumentata. Una dilatazione cardiaca si poteva notare in 54 casi, in 46 una dilatazione della aorta, in 40 un aumento del 2° tono.

Di questi 100 casi 17 morirono durante un attacco.

Pare che le emozioni e le preoccupazioni delle professioni intellettuali siano una causa predisponente notevole alla malattia: non, come prima si pensava, la vita comoda del ricco bensì la vita ansiosa del professionista, vita che richiede una quantità di energie nervose e psichiche ed uno stato di sensibilità più alto che il normale, che dà un maggiore contributo di vittime al terribile male. I medici vi figurano con la alta percentuale del 12 %.

In quanto alla predisposizione costituzionale i tipi picnici e con labilità vegetativa risultano chiaramente di essere i più colpiti. Le alterazioni della nutrizione erano presenti, sebbene in lieve grado, in circa la metà dei casi. Fra i fattori ereditari, i disturbi del metabolismo erano più frequenti che le malattie del cuore e dei vasi. Il numero di vagotonici era di più di un terzo dei casi; ma anche la costituzione basedoviana e ipertiroidea deve essere tenuta in conto fra i probabili fattori predisponenti e ciò per la labilità della pressione arteriosa e la tendenza ai disturbi vasomotori che caratterizzano questa categoria di persone. Fra le cause nocive esteriori il ruolo principale è sostenuto dal tabacco e dice bene Külbs, il quale afferma che almeno il 15 % dei fumatori diventano anginosi. La importanza etiologica della lues è meno grande di quello che si credeva: le cifre date a questo proposito dagli AA. francesi sono senza dubbio molto alte: Schlesinger sopra 200 casi di disturbi stenocardici incontrò in 61 una infezione sifilitica pregressa, cioè nel 30 % dei casi. Che poi la eccitazione sessuale possa occasionare attacchi di angina è un fatto ben conosciuto anche dagli antichi medici, ma ciò non ha nulla a che fare con la *frenocardia sessuale* di Herd, che è una sindrome a sè.

Sintomatologia. — Fra i multipli aspetti che può assumere il decorso della angina di petto, si possono distinguere due tipi fondamentali, già descritti da Heberden:

1) casi in cui le crisi sono scatenate od aggravate dai movimenti;

2) casi in cui la crisi si manifesta durante il riposo o anche durante il sonno.

Vaquez dà una grande importanza alla distinzione fra angina da sforzo e angina da decubito. Wenckebach distingue una angina ambulatoria ed una angina da riposo.

Secondo le esperienze dell'A., una distinzione rigorosa non è possibile in quanto in molti casi gli attacchi si producono tanto in seguito a dei movimenti, quanto durante il riposo e specialmente se l'ambiente è freddo. Senza dubbio i casi nei quali senza alcun prodromo si manifestano dei gravi attacchi durante il sonno, devono essere giudicati più sfavorevoli riguardo alla prognosi. Nei casi di tipo deambulatorio, sforsi fisici anche identici producono effetti differenti, a seconda che il paziente si trovi stanco o riposato. Le eccitazioni sessuali son causa di angina di petto con morte subitanea. L'A. ha inoltre visto prodursi i primi attacchi in persone che, avendo sorpassato la cinquantina, cercavano di mantenersi in forma dandosi ad una vita di sports quale solo i giovani possono sopportare: gli attacchi sparivano non appena i pazienti rinunciavano a codesta tardiva trasformazione del genere di vita.

La fisionomia dell'attacco di angina è troppo ben conosciuta, perchè ancora qui se ne parli. I sintomi più rari sono la dilatazione della pupilla sinistra e l'esoftalmo: in un caso è stato un herpes zoster negli spazi fra C. 8 e D 2-4. Variabile pure è il luogo di irradiazione del dolore, che più comunemente è a carico del braccio sinistro. Alterazioni del cuore e della aorta (specialmente radiologiche) possono essere osservate in quasi tutti i casi, ma esse non sono gravi nè più notevoli di quelle che si riscontrano in individui normali della stessa età. Caratteristica è però l'alterazione che si ritrova nella maggior parte dei casi, dell'onda 'T dell'elettrocardiogramma che sale lentamente, si sviluppa in larghezza, manca o può anche diventare negativa. Durante e dopo l'attacco la curva è spesso tremolante.

Il meteorismo era presente in 39 dei 100 casi studiati dall'A., più spesso effetto che causa degli attacchi. In tali casi ha grande importanza la distinzione fra l'*angina pectoris* e la sindrome gastrocardiaca di Röemheld (e la *dispepsia pulsativa* di Jacquet e Kreyts, che è forse in fondo la stessa cosa. *N.d.R.*).

La dispnea durante gli attacchi non è frequente: il vero asma cardiaco e l'angina di petto si escludono, in generale, reciprocamente, come anche la insufficienza cardiaca grave e l'angina. Il disturbo respiratorio che caratterizza l'attacco non dipende da una difficoltà respiratoria ma dal timore che ha il malato di respirare. Una leggera insufficienza cardiaca si appalesa talvolta con una ipertrofia del

fegato e un riempimento delle giugulari. I capillari durante l'attacco si contraggono dando così origine ai sintomi classici del raffreddamento e pallore delle estremità. Dopo la crisi si hanno generalmente forti palpitazioni ed un aumento della pressione arteriosa: i rumori cardiaci ci accentuano, lo *choc* della punta si rinforza, il polso è ampio e duro.

In alcuni individui si nota poliuria e, talvolta, una evacuazione abbondante. L'angina di petto scuote tutto il sistema nervoso vegetativo: nè il collasso nè la morte improvvisa potrebbero spiegarsi con il solo indebolimento cardiaco. La causa è più profonda e consiste in una paralisi riflessa delle funzioni vegetative.

Patogenesi. — Per la patogenesi dell'angina di petto la ipotesi aortica di Allbutt ha trovato molti seguaci negli ultimi anni: gli argomenti su cui questo A. si appoggia per sostenere che sia in campo nei casi di *angina pectoris* una affezione aortica e non coronarica, non sono esatti. La maggior parte dei casi sottoposti ad autopsia dimostrano generalmente lesioni a carico sia dell'aorta che dei vasi coronari. In 3 casi in cui l'A. potè compiere l'esame *post-mortem* del cuore, egli riscontrò che l'aorta era perfettamente normale, mentre la branca discendente dell'arteria coronaria sinistra era in tutti e tre i casi sclerosata e trombizzata. Molti altri AA. hanno riscontrato quasi sempre in individui morti nel corso di un attacco una occlusione o una trombosi recente di un grosso tronco dell'arteria coronaria sinistra.

Non vi è dubbio però che esistano casi di grave occlusione delle arterie coronarie, senza angina di petto. E ciò perchè sclerosi anche gravi delle arterie coronarie possono svilupparsi lentamente, permettendo la compensazione dei disturbi circolatori locali mediante formazione di anastomosi con altre zone coronarie sane: non è quindi, questo, argomento atto ad escludere il ruolo patogenetico delle arterie coronarie nella angina di petto.

Bisogna inoltre considerare che spesso nello svolgersi delle malattie vegetative, esistono disturbi organici che precedono di molto le alterazioni anatomiche. E questo è dimostrato dalle forme anginose dovute al piombo o alla nicotina, le quali regrediscono quando il veleno sia allontanato.

A che cosa è dovuto il dolore dell'angina di petto?

Mancando la possibilità di un *experimentum crucis*, quale sarebbe l'osservazione del cuore a nudo durante l'attacco, abbiamo tuttavia una eccellente analogia nella claudicazione intermittente e nel lavoro muscolare compiuto quando siano compresse le arterie afferenti. Il dolore intenso che si produce in codesti casi è dello stesso tipo di quello dell'*angina pectoris*: esso non è dovuto nè ad una dilatazione della arteria nè ad un crampo localizzato della parete arteriosa, bensì alla quantità insufficiente di sangue e di ossigeno che ricevono i muscoli: alla ischemia cioè ed alla ipoossiemia. Infatti, mentre per dar luogo ad un dolore per via meccanica sono necessarie azioni più potenti che quelle determinate dalle piccole alterazioni di pressione in una arteria contratta o paralizzata, è sufficiente una piccola alterazione del contenuto di idrogenioni o una leggera acidificazione del tessuto per provocare un dolore per via chimica. E ciò si manifesta tanto nei muscoli come nel cuore con l'accumulo di acido lattico e di altri prodotti di disassimilazione.

Una tale spiegazione patogenetica chimica chiarisce in maniera semplice tutti i fenomeni della *angina pectoris* e della trombosi coronarica, così come quelli delle affezioni coronariche che si manifestano senza angina.

Questa opinione si può appoggiare sopra varie considerazioni:

a) gravi infermità della aorta possono decorrere senza dolore;

b) nè gli spasmi vasali nè i grandi e rapidi aumenti della pressione sanguigna provocano dolore;

c) in molti casi di angina la pressione sanguigna non s'innalza, anzi può abbassarsi;

d) gli spasmi dei vasi periferici causano spesso dolori;

e) dolori analoghi a quelli della angina si manifestano nei casi di occlusione embolica delle arterie periferiche o mesenteriche e nella trombo-angioite obliterante di Bürger: qui il dolore non nasce nel vaso ostruito, bensì nel tessuto insufficientemente alimentato di sangue e carico di acidi.

Concludendo si può dire che l'angina di petto è una sindrome riflessa neurovegetativa. Le vie centrifughe possono originarsi da punti molto differenti: cervello e particolarmente diencefalo nel caso di emozioni; stomaco, intestino, organi genitali nei casi di spasmo, infiammazione, meteorismo; pelle, nei casi di eccitazione da freddo. La trasmissione centripeta afferente dal cuore al cervello, in vece di seguire le vie sensitive del cuore e dei vasi, passerebbe attraverso il nervo cardiaco inferiore fino al ganglio cervicale inferiore o ganglio stellato, e da questo continuerebbe attraverso i rami comunicanti nelle radici posteriori del midollo C 8 e D 4. G. LA CAVA.

L'angina pectoris anafilattica.

(A. DUMAS, *Presse Médicale*, 4 giugno 1932).

L'angina pectoris non è una malattia a sè, ma rappresenta l'episodio di affezioni diverse. Raramente essa costituisce una sindrome isolata, apparentemente non legata ad altre affezioni. Per lo più è l'espressione di lesioni aortiche o cardiache, o anche di malattie extracardiache.

Del resto anche l'angor solitario è molto spesso legato a lesioni coronarie, la cui esistenza è difficile rilevare all'esame clinico.

Le crisi d'angina pectoris costituenti realmente l'unica manifestazione morbosa e che non hanno alcun carattere di organicità, sono determinate da uno spasmo essenziale funzionale delle coronarie.

Numerosi casi sono registrati nei quali durante gli intervalli degli accessi di angor, o nel corso degli accessi stessi, si verificano sintomi di spasmi in territorii vasali periferici lontani dalle coronarie. Tra le numerose osservazioni che hanno consentito a Pal di descrivere le crisi vasali, ve ne sono di quelle che comportano sintomi anginoidi. Galli, Cawadias, Bard hanno riferiti casi nei quali spasmi vasali non dubbii si verificano in altre parti dell'organismo alternantisi o associantisi con le crisi di angina pectoris.

L'A. in un precedente articolo espose parecchie osservazioni di angina pectoris a tipo spasmodico le cui crisi erano alternate o accompagnate con crisi di claudicazione intermittente o di paralisi transitorie. In tale occasione l'A. rilevò che le lesioni coronarie possono servire da punto di richiamo dello spasmo, ma non sono sufficienti da sole a provocarlo. Lo spasmo può essere determinato non solo da uno sforzo, dalla posizione di decubito, da emozioni, ma anche da uno stato di shock. In effetti in alcuni casi le crisi erano provocate da anafilassi alimentari in soggetti con insufficienza epatica.

Lo shock anafilattico è accompagnato da un improvviso abbassamento della tensione sanguigna responsabile di tutti gli altri sintomi: sincopi, vertigini, convulsioni, pallore dei tegumenti, leucopenia. L'abbassamento della tensione è provocato dalla vasodilatazione dei capillari dell'intestino nel quale si accumula momentaneamente il sangue della circolazione periferica. L'abbassamento della tensione nei soggetti la cui circolazione miocardica è difficile per le lesioni coronarie anche discrete, riduce ancor più l'apporto di sangue è quindi la crisi anginoide da ischemia cardiaca, che per altro può essere provocata anche da un concomitante spasmo coronario.

L'A. riporta ancora due casi nei quali le crisi di angor si verificarono con l'ingestione di latte in uno e di pesce in altro, e che scomparvero in seguito alla soppressione di detti alimenti nella dieta.

Queste osservazioni provano come accanto all'angor da sforzo, da decubito, da emozione, c'è un angor digestivo di natura anafilattica, che pare legato ad uno shock emoclasico in soggetti predisposti da un grado più o meno marcato d'insufficienza epatica.

Certo lo shock non è per sè stesso sufficiente a determinare l'angina pectoris, che rimane sempre legata ad una lesione coronaria. Perchè si abbia la crisi occorre che sullo stato di predisposizione presentato dall'affezione coronaria agisca l'influenza angiospastica.

Nei casi di coronarite acuta evolutiva lo spasmo ha minore importanza in quanto lo scatenamento dell'accesso può essere provocato dalla trombosi coronaria o dalla coronarite stessa.

Invece nella coronarite cronica ateromatosa molto più frequente ed esistente anche in individui che mai soffrirono angor, lo spasmo occasionato da fattori diversi (sforzi, decubiti, emozioni, shock alimentare) è necessario per lo sviluppo dell'accesso.

In queste forme il fattore alimentare ha una influenza più frequente di quella che finora è stata riconosciuta. DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

G. COTTE. *Chirurgie du sympatique pelvien en ginécologie.* Vol. di 320 pag. con 38 fig. Edit. Masson. Parigi, 1932, frs. 45.

È un magnifico libro, che nessun ginecologo può ignorare. E nessuno poteva scriverlo meglio del Cotte, l'iniziatore di questa forma di terapia nel campo ginecologico.

Vi descrive la costituzione anatomica e la fisiologia del simpatico pelvico, la tecnica dei vari interventi; illustra poi le applicazioni possibili e i risultati conseguiti nelle più varie forme, immediati e lontani: nella dismenorrea, nella dispaurenia, nel vaginismo, nelle cistalgie, nelle nevralgie pelviche essenziali, nelle leucorree, nel prurito vulvare, ecc.

È un libro vivo e vissuto: chiarissimo e convincente. E fa anche piacere vedere la cura con cui è raccolta la bibliografia mondiale, quella italiana compresa. *p. g.*

G. MARTINOTTI. *Sul cieco invertito.* Un vol. in-8° di 120 pag., con 72 radiografie e 34 fig. schematiche. S. Lattes e C., editori, Torino, 1932. Prezzo L. 12.

È una monografia che uscita da un istituto radiologico ha pure interesse per il chirurgo generico.

L'A. tratta dapprima la definizione di tale affezione, l'embriologia dell'intestino primitivo e del rivestimento peritoneale, del mesenterio comune, del colon e sue fissità, delle anomalie dei suoi meso, tutti preliminari indispensabili per la delucidazione dell'argomento.

Riporta poi 17 casi di cieco invertito da lui osservati e bene studiati radiologicamente, alcuni pure col controllo operatorio, e ne riporta i radiogrammi, chiari e nitidi.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

S'intrattiene quindi sulla genesi della malattia che lui ritiene di natura congenita, per una fissazione anomala e prematura dell'ultima ansa del tenue.

Ricorda i diversi tipi d'inversione del crasso prossimale e ne propone una propria basata sulla posizione dell'ultima ansa del tenue e sul comportamento del meso ileo-colico.

S'intrattiene pure sulla riducibilità dell'inversione del crasso prossimale che lui ammette possibile.

Discute sull'azione di fattori acquisiti sull'anomalia congenita, sul comportamento dell'appendice, sulla sindrome clinica che non ha nulla di specifico ed in ultimo arriva a delle conclusioni.

Il tutto ed i dettagli di embriologia, difficili a seguirsi col pensiero sono fissati e resi chiari da numerose figure schematiche.

Una succinta bibliografia completa l'opera.

R. GRASSO.

SORREL e Mad. SORREL DEJERINE. *Tuberculose osseuse e ostèoarticulaire.* Vol. di pag. 514 con 640 figure. Masson ed. Per l'estero in due volumi 380 franchi.

Quest'altro volume della colonna degli atlanti radiologici editi da Masson appare veramente prezioso: il piano dell'atlante si basa su 4 grandi capitoli: osteiti tubercolari, osteoartriti dell'arto superiore, osteoartriti dell'arto inferiore, osteoartriti tubercolari della colonna vertebrale.

L'atlante è un vero trattato di tubercolosi ossea perchè accanto a cenni di etiologia e patogenesi trova largo posto l'anatomia patologica e i radiogrammi sono studiati in rapporto alle lesioni anatomo-patologiche: così i radiogrammi vengono quasi ad essere la traduzione della lesione stessa.

Figure chiare e radiogrammi chiari: figure chiarissime inoltre dei processi operatori chirurgici e ortopedici necessari per il trattamento.

E. MILANI.

HARET DARIAUX e QUÉNU. *Atlas de radiographie osseuse*, t. I, Squelette normal. Vol. di 186 pagine con 149 figure. II edizione, Masson editore Fr. 20.

Questa II edizione dell'atlante di radiogrammi ossei appare migliorata e accresciuta: il piano generale dell'atlante non è stato modificato: ma molte delle figure comparse nella prima edizione (esaurita in un anno) sonò state sostituite. Il capitolo delle ossa soprannumerarie è completamente nuovo. Il sistema di ricalcare i radiogrammi in modo di poter a colpo d'occhio riconoscere le varie parti appare assai pratico: l'atlante è una guida necessaria per il radiologo. L'atlante fa parte della collezione Masson: sono stati pubblicati già gli atlanti di patologia ossea, dell'apparato digerente e dell'apparato respiratorio.

E. MILANI.

L'héliothérapie. Editore Gauthier-Villars e C. Paris, 1932. Fr. 15

È un piccolo volume di 112 pagg. dove l'A. ha cercato di concentrare le nozioni più importanti sull'elioterapia, problema molto arduo, data la vastità della materia; problema che se non si può dire sia stato risolto completamente, è affrontato in pieno, con un'opera utile per il medico.

Il capitolo riguardante la fisica delle radiazioni luminose è forse quello che ha risentito di più della ristrettezza dello spazio; è però scritto con uno stile piano, adattissimo alla volgarizzazione di quei pochi concetti fondamentali che sono strettamente necessari.

I due seguenti capitoli invece sulla tecnica e sull'azione biologica della cura solare se pure non appaiono strettamente aggiornati ai risultati delle ultime esperienze, specialmente di quelle che ebbero maggiori consensi all'ultimo Congresso Internazionale della Luce, sono trattati ampiamente e rivelano la vasta e profonda esperienza dell'A. su questi particolari argomenti. Il capitolo della tecnica nei suoi sottogruppi dell'elioterapia, quello riguardante la fototerapia e gli alimenti irradiati e infine per il sano e per il malato l'esposizione dei dati climatici, possono costituire una buona guida per chi voglia non del tutto empiricamente sperimentare questo mezzo di cura, che pure essendo riconosciuto universalmente come mezzo terapeutico della più alta importanza, è purtroppo anche in Italia (paese ricchissimo di sole) dai più trascurato o non del tutto ben prescritto.

Correda questo volumetto una buona trattazione dei risultati che con l'elioterapia si possono ottenere nelle diverse affezioni morbose.

MUZI.

F. SCHEDE. *Hygiene des Fusses.* Op. di p. 42. Edit. Georg Thieme, Leipzig, 1933. Prezzo M. 1.5.

L'igiene dei piedi viene generalmente trascurata e quasi sdegnata; eppure essa vale a prevenire molte sofferenze ed a rendere più confortante il cammino e più facili gli sports, che sono sorgente di salute.

Opportunamente l'A. vi ha destinato l'attuale opuscolo, in cui ha condensato la sua esperienza al riguardo, quale direttore della Clinica ortopedica dell'Università di Lipsia.

P.

DIVAGAZIONI

La psicologia individuale.

La psicanalisi ha avuto fin dai suoi inizii scismi ed eresie.

La stessa scuola di Freud, il suo stesso cenacolo, ha prodotto i dissidenti che prima entusiasti del maestro se ne sono a poco a poco distaccati rifiutando le sue teorie e fondando nuove dottrine.

Adler, Jung, Steckel erano collaboratori entusiasti di Freud. Dopo pochi anni di vita intellettuale in comune sono stati banditi come traditori, scomunicati come eretici.

I primi due sopra tutto hanno sovvertito lo organismo costituzionale della psicanalisi, lo hanno minato alla base negando ogni attendibilità ad alcuni principii fondamentali del freudismo.

Freud dovette riconoscere che alcune obiezioni erano giuste, cercò di avvicinarsi alle idee dei suoi allievi, ne accettò parecchie adottandole al suo sistema, rinunziò ad alcuni suoi assolutismi.

Ma malgrado queste concessioni non si raggiunse la conciliazione, il cenacolo di Vienna perdette i migliori apostoli.

Primo fra tutti Adler affermò nel 1911 la sua autonomia, espose sistematicamente una nuova dottrina che chiamò « Individualpsychologie » sostenendone l'assoluta indipendenza dalla psicanalisi.

Detronizzò Eros, che per Freud costituiva il principio d'ogni attività psichica. Negò la censura, la repressione e molte altre concezioni della teoria psicanalitica.

L'idea centrale del sistema adleriano proviene da Nietzche: La volontà di potenza (Wille sur Macht).

L'esame umano è sospinto essenzialmente da una sola volontà, da una sola tendenza: potere, espandersi, valorizzarsi.

Dominato dalle idee pansessuali del freudismo o per accedere in parte ad esse, Adler dette a questa concezione il nome di « protestazione virile ». L'uomo vuole essere forte, la donna vuole essere uomo, il ragazzo vuole essere uomo.

Successivamente Adler svestì la sua idea di ogni attributo o qualifica sessuale. Negò il carattere fondamentale alla sessualità e giunse ad affermare che tutti i segni dell'istinto sessuale nei rapporti umani non sono che un simbolo. Si parla d'amore e si vuol dire potenza; la stessa unione sessuale non è che un atto dell'istinto di possesso.

L'esame umano, la personalità individuale, non è un insieme di organi e di funzioni sia pure interdipendenti, ma è un tutto unico, una esistenza per sè stante. L'essere psico-fisico è un organismo inscindibile che ha una sua finalità determinata, è un organismo che tende ad uno scopo, la propria valorizzazione.

L'individuo tende ad utilizzare tutti i mezzi di cui dispone per soddisfare questo istinto di potenza, questo bisogno di valorizzazione, per giungere alla più grande espansione del proprio io.

Il reciproco di questo istinto di potenza è il sentimento d'inferiorità o di incompletezza.

Nel suo sforzo di valorizzazione la personalità urta in molteplici ostacoli. La volontà di potenza si afferma subito nel ragazzo, ma i fatti gli insegnano che questa potenza è limitata e contrastata, che vi sono individualità più potenti che ostacolano la sua espansione.

L'esperienza gli insegna che volontà e potenza non collimano.

Sorge così il sentimento dell'inferiorità.

Al riguardo è interessante notare come le idee di Adler ebbero un riflesso sul pensiero di Freud. I complessi narcisistico e di castrazione, che furono tra gli ultimi principii nello sviluppo della psicanalisi, corrispondono rispettivamente ai sentimenti di potenza e di inferiorità. Freud non potette fare a meno di riconoscere qualche giustezza alle idee del suo contraddittore, e, malgrado qualche rinunzia al pansessualismo originario, dette ancora un contenuto ad un'espressione erotica ai sentimenti che, secondo Adler, sono alla base della attività psico-fisica.

Il conflitto tra il bisogno di espansione e le limitazioni esterne, tra la volontà di potenza ed il senso d'inferiorità determina un meccanismo di compensazione, si esaurisce in un compromesso.

Adler ha sviluppato questo punto partendo dai fatti organici.

L'insufficienza di un rene è compensata dall'ipertrofia, dall'iperfunzione dall'altro rene, ed eventualmente nell'ipertrofia cardiaca. Ma in effetti la compensazione non si limita a ciò. Tutto l'organismo partecipa agli sforzi di riparazione: i meccanismi umorali, il sistema nervoso, tutto l'organismo, compreso lo psichismo, prendono posizione.

L'individuo, cosciente o non della sua inferiorità, tende a compensarlo: e se non vi giunge con mezzi puramente organici, lo farà con espedienti psichici.

La deficienza dell'organo o della funzione, sopratutto perchè ostacola la tendenza alla valorizzazione, fissa l'attenzione e diviene il centro e lo scopo più immediato di sforzi compensatori. Talvolta gli sforzi sono così intensi da produrre effetti ipercompensatorii. Questo meccanismo può concorrere alla produzione del genio sopra tutto nel campo dell'arte.

L'individualpsicologia, come la psicanalisi, è stata applicata a tutte le attività umane, e cerca di rendere conto di tutte le manifestazioni della vita individuale e collettiva dell'uomo.

Studia dettagliatamente la struttura e lo sviluppo delle personalità, sul quale influiscono

non solo le condizioni insite nell'organismo, ma anche le condizioni esterne familiari e sociali.

Il ragazzo per soddisfare, malgrado gli ostacoli, il suo bisogno di potenza e di espansione, che diventa sempre più forte a misura che la sua personalità diventa più definita, ha grandi risorse: la sua capacità d'imitazione, di allenamento, di esercizio. Se queste risorse sono insufficienti per compensare la sua debolezza, si ha la pigrizia, la rinunzia al progresso giudicato troppo difficile con l'amarezza profondamente sentita di una personalità inceppata, incompleta, incapace di soddisfarsi. Si ha insomma una specie di angoscia, ed in tal modo il ragazzo fa della sua debolezza una forza. Lo stato ansioso provocherà paure, fobie, pianti e simili. I genitori s'inteneriranno, e così il trionfo della personalità infantile è assicurato.

Ma se il ragazzo deve affermare la propria personalità con mezzi più o meno diretti di fronte ai genitori, l'uomo adulto trova nello ambiente sociale impacci al suo istinto di potenza più complessi e molteplici. L'insufficienza dei mezzi materiali, la condizione gerarchica, lo stato di salute costituiscono solidi impacci all'espansione individuale. Il sentimento d'inferiorità che nasce dall'urto è direttamente compensato con la neurosi, la criminalità, l'alcoolismo ed altre condizioni.

Lo stesso istinto di socievolezza è una derivazione della volontà di potenza, in quanto l'individuo non potendo trionfare di tutti si adatta ad accordarsi con i suoi simili o si serve di essi per il suo bisogno di espansione e di valorizzazione.

Si è già accennato come Adler abbia negata al sesso l'importanza che gli attribuisce la psicanalisi. Tuttavia egli ritiene che la sessualità sia uno dei reattivi più sensibili per il valore della personalità, ma sempre con una funzione dello stesso genere di quello degli altri istinti.

La patogenesi delle neuropsicosi è così spiegata dagli adleriani: il neurosico è un individuo che nella sua infanzia ha provato, coscientemente o incoscientemente, un sentimento di inferiorità molto forte ed ha cercato o trovato la compensazione, non nel concreto o positivo, ma su un piano fittizio e per via indiretta. La personalità incoscientemente utilizza uno stato psicoorganico morboso, che dovrebbe avere lo scopo di valorizzare l'individuo agli occhi degli altri, ma che in fondo lo rende socialmente meno adatto ed eccentua il suo stato d'inferiorità.

All'origine di ogni neurosi c'è un accidente, una situazione che ha svegliato o accentuato il sentimento d'inferiorità, quindi uno stato di depressione con la conseguente compensazione mediante un fatto morboso: utilizzazione incosciente di particolarità organiche o funzionali, polarizzazione ed esagerazione incosciente dei disturbi su questo punto debole, coltivazione dello stato morboso, spinta sempre più profonda nella neurosi, nella malattia nel senso sociale. La scelta dei sintomi è predeterminata dalle particolarità organica o funzionale, ma la loro forma ed intensità sono proporzionate allo scopo che la personalità incoscientemente persegue.

Le deduzioni terapeutiche di una tale teoria sono le seguenti: ottenere dal malato l'abbandono del sistema di compensazione da lui adottato e la sostituzione con altro che lo metta sulla via del positivo, dell'utile, dell'effettivamente redditizio; ottenere che egli cambi il suo stile di vita.

Per raggiungere un tale scopo la psicologia individuale utilizza, sia pure con altri intendimenti, lo stesso metodo della psicanalisi: la confessione.

Occorre che il medico sappia infondere fiducia nel malato, ed ottenere da questo il racconto completo della sua vita, delle sue speranze e delle sue disillusioni, delle sue disavventure. Occorre che egli studii minutamente le manifestazioni psicologiche del soggetto, tutte le sue attività, e d'altra parte si renda conto di quelle che possono essere le sue deficienze organiche.

Conquistata la fiducia del malato (che costa qualche fatica ed anche qualche lotta in quanto i pazienti hanno tendenza a non riconoscere la loro debolezza di fronte alle esigenze familiari o sociali), il medico si sforzerà di ottenere un'adesione piena ed intera alle concezioni della psicologia individuale. Il medico infonderà nel malato la persuasione che il sintoma morboso è l'espediente adoperato inconsapevolmente per compensare la propria inferiorità, per valorizzare la propria personalità.

Si verifica allora un cambiamento nelle condizioni del soggetto, ed i sintomi si attenuano o scompaiono, specie se contemporaneamente si sarà curato lo stato locale con i mezzi della medicina ordinaria.

Adler non si è limitato ad applicare il suo sistema alla cura delle neurosi, egli lo ha anche, anzi sopra tutto, sfruttato come metodo di educazione.

La psicologia individuale ha preso tal nome appunto perchè essa tende alla comprensione dell'*individualità* del ragazzo.

La pedagogia adleriana, che ha avuto già larga diffusione nei paesi tedeschi ed anglosassoni, insegna: a ricercare nei ragazzi *difficili* l'inferiorità di cui soffrono e ad indirizzarli verso un lato nel quale si ha la possibilità di coprire la loro inferiorità con una superiorità; a orientare il processo di compensazione verso l'utile ed il positivo e di facilitare l'incorporazione del ragazzo nell'ambiente sociale.

Le punizioni sono bandite aumentando esse il senso d'inferiorità. Si lascia libertà ai ragazzi

di fare le loro esperienze, mostrando semplicemente come si evitano gli ostacoli e come si può raggiungere più facilmente lo scopo.

Abbiamo fatto a grandi linee l'esposizione di una dottrina, le cui applicazioni pratiche hanno avuto una larga applicazione sopra tutto in pedagogia.

Ci siamo astenuti da ogni rilievo critico, nè abbiamo fatto cenno delle polemiche, spesso acri, che l'adlerismo ha provocato sopra tutto da parte dei fanatici seguaci della psicanalisi.

È interessante comunque notare come l'edificio della psicanalisi sia stato smantellato dai più intimi collaboratori di Freud, e primo fra essi da Adler, ossia da quelli che meglio ne conoscevano il sistema e più addentro erano penetrati nel pensiero del maestro.

La psicologia individuale è una dottrina che per quel che riguarda il meccanismo patogenetico delle necrosi si avvicina molto alle vecchie concezioni sull'essenza delle nevrosi stesse, e dell'isterismo in ispecie.

Sotto questo punto di vista la teoria di Adler, oltre che un distacco dal freudismo, costituisce un ritorno all'antico.

G. Dragotti.

LA NOTA STORICA.

La descrizione originale di Corrigan dell'insufficienza aortica.

E. Bramwell (*Edinburgh Medic. Journal*, gennaio 1933) ricorda che la prima descrizione dell'insufficienza delle valvole aortiche fu fatta dal Corrigan nel 1832. Questa descrizione fu pubblicata nella medesima rivista, *Edinburgh Medic. Journ.* Corigan era contemporaneo di Stokes. Il fatto che tutt'e due si siano occupati di osservare attentamente malati dell'apparato cardiovascolare si spiega facilmente se si pensa che da poco tempo Laënnec aveva introdotto l'uso dello stetoscopio.

L'articolo originale di Corrigan è scritto in modo vivo, virile e le sue osservazioni dimostrano un notevole acume clinico. Dal punto di vista anatomico egli aveva osservato che le valvole aortiche potevano diventare insufficienti o per retrazione e accartocciamento delle valvole, o per incapacità delle valvole a chiudere l'orificio per una maggiore ampiezza dell'aorta o per rottura di una o più valvole. Sui suoi 11 casi, 2 erano in donne. Circa l'etiologia, egli disse che in un caso era preceduto reumatismo acuto mentre negli altri non si poteva riconoscere nessuna causa.

Corrigan descrisse la pulsazione visibile delle arterie del capo e delle estremità, il doppio rumore di soffio che si ascolta sul focolaio aortico, dicendo anche che il primo soffio è dato dal fluire del sangue su per l'aorta e il secondo dal rifluire del sangue dall'aorta nel ventricolo. Egli osservò anche l'aumento del ventricolo sinistro e consigliò il salasso e il digiuno per combattere l'ipertrofia, non l'insufficienza valvolare (che non si può modificare una volta manifestatasi), mentre sconsigliò l'uso della digitale, perchè questa, rallentando il ritmo cardiaco e quindi prolungando la pausa fra una contrazione e l'altra, aumentava il volume del sangue che rifluisce nel ventricolo.

R. Lusena.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta Contro la Tubercolosi.

Sezione Regionale Siciliana.

Seduta del 26 dicembre 1932.

Presidente: Manfredi.

La sezione di aderenze pleuriche per migliorare il collasso polmonale nel corso del pneumotorace artificiale.

Mistal O M. (Montana Svizzera). — Dopo un breve riassunto storico dell'argomento, l'O. illustra gli scopi della toracoscopia e passa allo studio dell'istrumentario necessario per l'ispezione della cavità toracica e per l'operazione di Jacobaeus. Fa un accurato elenco degli apparecchi usati dai vari OO., indicandone i pregi ed i difetti e segnala quelli che, per esperienza personale, stima i più indicati, secondo le diverse necessità dell'intervento.

Si occupa quindi delle indicazioni per la sezione delle aderenze, e ciò sia in rapporto con le particolari condizioni anatomo-patologiche del polmone collassato (presenza e particolare ubicazione di caverne), sia in rapporto con la presenza contemporanea di versamenti pleurici, sia infine per rapporto con lesioni tubercolari concomitanti extrapolmonari.

Rileva l'importanza dell'esame radiologico, e specialmente degli aiuti che possono derivare dalla stereoradiografia per la diagnosi dell'ubicazione e dell'impianto delle aderenze. Afferma però che il massimo valore, per tale diagnosi, compete alla toracoscopia. Con essa infatti accade sovente di correggere molti errori imputabili a false interpretazioni radiologiche.

S'intrattiene poscia sui dettagli della tecnica operatoria, studiando, a tale uopo, i quattro tipi diversi di aderenze, secondo la classificazione di Maurer, per stabilire le modalità della sezione.

Circa le complicazioni della toracocaustica, l'O. fa notare che esse, fortunatamente, sono divenute rare in virtù dei progressi raggiunti dalla tecnica operatoria. Ciò vale anche per la complicazione più temibile: l'emorragia consecutiva alla sezione.

Richiama l'attenzione sulla possibilità di detensione del pneumotorace, in seguito ad enfisema sottocutaneo e sulla necessità di procedere all'esame radiologico, a letto dell'ammalato, il giorno successivo a quello dell'intervento, per evitare,

con un rifornimento tempestivo, il pericolo della sinfisi pleurica.

S'intrattiene sugli empiemi post-operatori, rilevando come sia indispensabile di evitare quelli settici, mercè un'asepsi accurata. Accenna alle perforazioni polmonari e, specialmente, a quelle tardive, che possono avvenire anche sei mesi dopo l'operazione, in seguito a distacco dell'escara operatoria.

Si occupa dell'intervento nei bambini, citando le ragioni per le quali esso ha indicazioni meno frequenti.

Circa i risultati, l'O., passate in rassegna le statistiche pubblicate da diversi AA., e citate le percentuali riguardanti gli esiti favorevoli e le complicazioni, afferma che, ove si rifletta che, dopo la sezione di aderenze, si riesce a ridurre notevolmente gl'insuccessi del pneumotorace incompleto, e che si possono diminuire della metà circa le operazioni di toracoplastica, l'intervento deve incontestabilmente essere tentato; dopo avere studiato accuratamente tutti i criteri dell'indicazione.

Infine l'O. riassume i vantaggi della toracoscopia come metodo di indagine diagnostica, ed accenna ad un personale metodo di terapia delle pleuriti purulente soprainfettate, mercè l'applicazione *in situ* di una piccolissima lampada di quarzo; terapia che l'O. ha potuto tentare mercè l'uso degli apparecchi toracoscopici.

Seduta del 29 dicembre 1932.

Presidenza: MANFREDI.

G. FERNANDEZ. — *Sulla bacillemia tubercolare.*

Discussione: ASCOLI, GIUFFRÈ.

L. SAGONA (Palermo). — *Temi clinici e sociali al congresso internazionale antitubercolare dell'Aia.*

Discussione: MARAGLIANO, URIZIO, COSTANTINI, CAPUANI, MALAN, BARCHI.

Tubercolosi e prostituzione.

G. B. VARVARO (Palermo). — L'O., presi accordi col Medico provinc. e con l'Ispettore dermosifilografo della Provincia, ha esaminato, durante l'anno 1932, n. 800 prostitute, dal punto di vista della tubercolosi, facendo, oltre l'esame clinico, anche quello radioscopico (radiografico al bisogno) e la ricerca dei bacilli nell'espettorato.

Egli ha trovato: affette da tubercolosi con espettorato positivo: 3 = 0,40 %; clinicamente sospette ma con espettorato negativo o sfuggite ad ulteriore accertamento 32 = 4, %.

Accenna alla impossibilità di stabilire un raffronto fra le morbilità per tubercolosi, fra le prostitute rispetto a quella delle altre donne della stessa età, anche per le speciali condizioni sociali ed ambientali delle prostitute e per altre peculiarità regionali. Fa rilevare il pericolo costituito per i giovani, da una, anche scarsa, percentuale di contagiose, tenuto anche conto che queste donne infettano un ambiente diverso ogni quindici giorni, e conclude richiamando l'ordine del giorno presentato al Congresso di Bologna da Coruzzi, il quale chiese che si sottoponesse alle superiori gerarchie la necessità di modificare la circolare del Ministero degli Interni, Direzione Generale di Sanità Pubblica, emanata nel giugno 1928, riguardante la vigilanza sanitaria delle prostitute, anche per quanto riguarda la tubercolosi. Per tale modificazione occorre istituire un medico visitatore, esclusivamente riservato per le visite dell'apparato respiratorio.

Discussione: CALAMIDA, CANDELA, SAGONA, MANFREDI.

C.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 15 dicembre 1932.

Presidente: prof. F. NERI.

Avvelenamento acuto da nitrobenzolo.

Prof. G. CORONEDI. — L'O., nel riferire intorno alla casistica personale di questa intossicazione, ne illustra il determinismo fisiopatologico, chiarendo i rapporti tra il quadro sintomatico del nitrobenzolismo e quello dell'anilismo. Trattato l'argomento relativo alla diagnosi clinica, passa a quello della terapia, insistendo particolarmente sopra l'indicazione del salasso, della trasfusione sanguigna, della ipodermo e della fleboclisi di siero alcalinizzato e delle inalazioni della miscela di ossigeno e anidride carbonica. Termina richiamando l'attenzione alla profilassi, indispensabile e doverosa, tenuto conto del largo e ognor crescente impiego, che di tali veleni viene fatto nell'industria e nella vita comune.

Patogenesi delle paralisi post difteriche e loro profilassi.

Dott. A. CAPECCHI. — L'O., dopo aver passato brevemente in rassegna quanto si sa fino ad oggi sulla patogenesi delle paralisi post-difteriche, passa a parlare della loro profilassi. Riferisce sopra 42 casi di infezione difterica capitati sotto la sua osservazione in cui praticando la sieroterapia il più precocemente possibile e a dosi elevate e iniezioni quotidiane di lecitina e stricnina e estratti di surrenale per os fino dal primo giorno di malattia non ha avuto a lamentare nessun caso di paralisi e la convalescenza è stata in ogni caso rapidissima. L'O. attribuisce perciò molto valore alla lesione delle surrenali nella genesi della paralisi post-difterica.

Sull'importanza della immobilizzazione della parete toracica come tempo preparatorio alla pneumectomia.

Dott. R. PAZZAGLI. — Dopo aver praticato una serie di interventi sulla parete toracica di cani (4) e di conigli (20) con lo scopo di diminuirne la mobilità e quindi l'ampiezza respiratoria, l'A. ha praticato in questi una pneumectomia unilaterale, 17 volte a destra e 7 volte a sinistra. Sono sopravvissuti all'intervento 17 animali (70 %) mentre nei controlli, non preventivamente immobilizzati nella parete toracica, si è avuta una mortalità del 57 %. L'O. crede di potere attribuire l'alta percentuale dei risultati favorevoli ottenuti alla maggior facilità con la quale si ristabilisce il compenso respiratorio del polmone residuo negli animali immobilizzati controlateralmente nella parete toracica.

Una lesione non nota dell'aorta: "Infiltratio leucemica aortae„.

Prof. A. COSTA. — In un uomo di circa 30 anni, venuto rapidamente a morte con la sintomatologia di una perforazione intestinale, è stata dimostrata un'a-linfo-adenosi leucemica con rottura dell'aorta addominale in una massa ghiandolare retroperitoneale. Particolarmente interessanti sono i fenomeni di infiltrazione leucemica nella parete aortica, fenomeni ai quali non è stata finora data

attenzione ma che forse non sono rari nelle linfo- e mielo-adenosi. L'O. dimostra che in parte si tratta di un infiltrazione leucemica dai tessuti vicini, in parte di una proliferazione autoctona intorno ai *vasa vasorum*.

I Segretari: Prof. L. PICCHI e P. NICCOLINI.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta del 7 dicembre 1932.

Presidenza: Prof. PIERI, presidente.

Prof. A. PONZIAN. — *La sterilità nella donna.* Conferenza.

Le iniezioni endovenose di alcool nella cura dei processi suppurativi broncopolmonari.

Prof. G. PIERI. — Questa cura è stata recentemente proposta da Landau, Feigin e Bauer; sembra che l'alcool così iniettato sia assorbito attraverso i polmoni dal sistema reticolo-endoteliale per una sorta di « pneumotropismo specifico » e realizzi così una attenuazione della virulenza dei microbi ed una più abbondante produzione locale di anticorpi; si aggiunga l'azione tonificante sul sistema cardio-vascolare.

Le iniezioni si praticano usando una soluzione di alcool al 33 %, nella misura di 10-20 cc., tutti i giorni o a giorni alterni.

L'O. riferisce la sua esperienza in proposito, ed illustra tre casi, di speciale gravità, nei quali tale cura sembrò avere una influenza nettamente favorevole: un caso di bronco-polmonite purulenta (con febbre alta, cianosi, ottusità, espettorato oltre 200 cc.) in cui la cura fu iniziata in quinto giorno e bastarono 10 iniezioni per la guarigione; un caso di bronchite acuta con esito in ascesso, in cui la cura fu iniziata ad un mese dall'inizio dei sintomi e la guarigione si ottenne dopo 40 iniezioni; ed infine un caso di piccoli ascessi multipli datanti da oltre dieci mesi, nel quale si ottenne dopo 70 iniezioni un'apparente guarigione.

Questo trattamento si dimostra in tesi generale tanto più efficace quanto più recente è il processo suppurativo; esso è controindicato in pazienti con lesioni epatiche o renali.

Naturalmente la cura chirurgica conserva le sue indicazioni nei casi di ascessi polmonari a grossa cavità estrinsecantisi verso la parte periferica del polmone.

Resezione sub-totale del colon per grave stipsi atonica.

Prof. G. PIERI. — L'O. presenta una giovane di 26 anni che all'età di 18 anni aveva visto aggravarsi una stipsi preesistente (che la radiografia dimostrò di carattere nettamente atonico) per cui nell'aprile 1925 era stata praticata una ampia cieco-sigmoidostomia, con miglioramento solo temporaneo, onde sette mesi dopo si praticò la sezione dell'ileo presso la valvola ileo-cecale e il suo impianto nella parte bassa del sigma.

Questa volta il miglioramento durò più a lungo, ma nel 1930, oltre al ripristinarsi della stipsi, insorsero, a intervalli sempre più ravvicinati, dolori alla fossa iliaca destra, con crampi, ed infine anche vomito. La radioscopia dimostrò che il pasto opaco si accumulava nel cieco per l'insorgenza di validi movimenti antiperistaltici.

Si decise la resezione del colon che fu praticata nel luglio del 1931, sezionando il sigma a quattro dita dal Douglas, e impiantando in esso l'ultima ansa dell'ileo.

Si è ottenuto un buon risultato, nel senso della cessazione completa dei dolori, e nel notevole miglioramento della stipsi (la malata ha una scarica ogni giorno o ogni due giorni).

Però l'O. non è favorevole agli interventi demolitori del colon nelle forme di stipsi grave, e pensa che prospettive più razionali ed efficaci, e meno mutilanti, si aprano con la chirurgia dell'innervazione intestinale.

Sinusite sfenoidale purulenta a sintomatologia frusta.

Dott. G. LISE. — La diagnosi di sinusite sfenoidale non è di solito facile; nel caso poi illustrato dall'O. essa apparve possibile solo nello stadio terminale, preagonico, della malattia.

Si tratta di un uomo di 43 anni, senza antecedenti notevoli, che 15 giorni prima del suo ricovero in Ospedale aveva cominciato ad accusare dolori accessuali, non molto intensi, alla metà destra della nuca, che divennero poi continui con esacerbazioni, gravativi, con irradiazioni variabili ad altre parti del capo; sembra non avesse avuta febbre.

Entrato in Ospedale il quadro non cambiò, salvo che insorse febbre alta, quotidiana, intermittente. Nulla all'esame obbiettivo del capo e delle sue cavità esplorabili, nulla all'esame del liquor. Al quarto giorno comparvero rigidità del capo e dolore alla pressione sottoccipitale, maggiore a destra, sintomi che si aggravarono nei giorni successivi; si pensò ad una possibile osteomielite acuta dell'atlante. In settima giornata comparvero strabismo, flusso purulento fetido dal naso ed il malato, caduto in stato comatoso, decedette al mattino del giorno successivo (18° dall'inizio della malattia) con segni di trombosi del segno cavernoso (chemosi e protruzione del bulbo oculare di sinistra).

L'autopsia dimostrò il seno sfenoidale ripieno di pus verdastro, con diffusione della suppurazione alla sella turcica e trombosi del seno cavernoso.

Il trapianto osseo nelle fratture vertebrali.

Dott. A. DI PRAMPERO. — Le fratture del rachide dorso-lombare e lombare con schiacciamento dei corpi vertebrali, hanno un esito spesso poco favorevole (residuano rigidità, dolori, talora gibbo...), ad evitare il quale Pieri propose fin dal 1917 l'intervento chirurgico, consistente nel trapianto osseo alla Albee come per la cura della spondilite tubercolare.

Recentemente il prof. Pieri ha operato 8 casi del genere, il più antico dei quali risale ad otto anni. Si trattava in tutti i casi di fratture, con gravi deformazioni, di uno o più corpi vertebrali (dalla XII dorsale alla III lombare) operati alla distanza di 5-10 giorni dal trauma. In tre casi esisteva gibbo, che fu ridotto immediatamente prima dell'operazione, mediante caute manovre di pressione. Il trapianto osseo raggiungeva gli archi delle due vertebre sane soprastanti e delle due sottostanti al focolaio di frattura. Seguì immobilizzazione del tronco in apparecchio gessato (a valva posteriore) e decubito orizzontale. Dopo un mese i pazienti si alzarono e fu applicato un comune corsetto gessato alla Sayre, che essi portarono per altri due mesi.

I risultati in tutti i casi così trattati furono soddisfacenti.

L'O. presenta due degli operati: uno da oltre 8 anni e uno da 4 mesi.

Il Segretario: Dott. G. LOCATELLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

L'autopioterapia nell'empiema dei piccoli bambini.

Dott. ROSA MALLIA GUGLIELMO
Medico chirurgo condotto in S. Croce Camerina (Ragusa).

In questi ultimi anni, la terapia delle pleuriti purulenti nei bambini è stata l'oggetto di numerose pubblicazioni, con tendenze assai discordanti. Da una parte stanno i fautori della pleurotomia più o meno precoce, con o senza resezione costale, e dall'altra c'è chi insiste nella cura con aspirazioni o con ripetute punture evacuatrici; e tra i primi c'è chi pensa che si debba lavare con i comuni antisettici e c'è chi si oppone con il motto: « non si lava ».

Recentemente, poi, si è introdotto, specie negli empiemi di natura tubercolare, l'oleotorace del quale molti autori si dichiarano soddisfatti, mentre non manca qualche voce discordante per veri od esagerati inconvenienti e pericoli.

Nel luglio di quest'anno, Roberts, in « New Orleans Medical and Surg. Journal », proponeva, come cura dell'empiema, le aspirazioni e le iniezioni di aria. In vero, attualmente, vi è la tendenza a non intervenire chirurgicamente nei piccoli bambini per l'alta mortalità operatoria, ed è in voga il metodo della aspirazione continua, attraverso un tubo a tenuta d'aria, secondo il metodo Bilau. Questo metodo, che ha dato buoni risultati nelle cliniche, non è consigliabile per il medico pratico perchè richiede una sorveglianza accurata e continua.

La verità è che in pratica, in questa pericolosa infermità, come in quasi tutte le malattie, non si può stabilire un'unica assoluta via da seguire terapeuticamente, e che caso per caso il buon medico accorto sceglie la via più opportuna.

Ma fra i metodi in vigore, credo che uno, semplice, pratico, scevro di pericoli, da tentare sempre e appena si fa la diagnosi di empiema, è quello che vengo ad esporre e che meriterebbe, a mio debole parere, di entrare in pratica pediatrica.

Nella primavera del 1925, esercitando allora a Terranova di Sicilia (oggi Gela), trovandomi un giorno in contrada Caposoprano, presso famiglia proveniente da Niscemi, nel mentre, dopo puntura esplorativa, ritiravo l'ago dal cavo pleurico destro, di un bambino di due anni, affetto da empiema meta-pneumonico, una zia del piccolo infermo, passandomi vicino, urtò contro il mio gomito ed involontariamente mi fece fare una brusca pressione sul pistone della siringa, la quale conteneva il liquido purulento che io avevo estratto. L'urto avvenne nell'attimo in cui io, ritirando l'ago, potevo esser arrivato sotto la pelle. La brusca spinta della donna fece sì che la siringa cambiasse anche direzione, ponendosi obliqua, ed il pistone spingesse sotto la cute del bambino, poco più di mezzo cmc. di liquido purulento. L'incidente mi dispiacque assai, almeno in un primo tempo, perchè pensai che nel punto dell'involontaria iniezione di pus, si sarebbe sviluppato un ascesso. Dissi alla madre di portarmi il figlio il giorno dopo al mio studio, ma per parecchi giorni non vidi alcuno. Invece dopo 5 giorni dalla puntura esplorativa mi si portò il bambino sfebrato e con residui di fatti obbiettivi. La madre assicurò che il miglioramento era incominciato la dimane del giorno della puntura esplorativa, con diminuzione della temperatura e con miglioramento della respirazione.

Parecchi mesi dopo, essendomi capitato un caso del genere, in una lattante, volli provare di proposito, quello che era capitato per caso, nel precedente infermo.

Si trattava di una bambina di 8 mesi di età, affetta precedentemente da broncopulmonite bilaterale, seguita poi da lieve essudazione siero-fibrinosa a destra, e rapida pleurite purulenta a sinistra. Dopo puntura esplorativa, iniettai sotto cute, nelle vicinanze, poco meno di mezzo cc. di liquido fortemente purulento. Aggiunsi i comuni rimedi per via orale e qualche iniezione di fenolo e guaiacolo; la bambina guarì in sesta giornata. A Gela ebbi a curare così, qualche altro caso che non occorre qui descrivere.

Venuto ad occupare questa condotta medica, nel 1927, ho adoperato il metodo in parola sistematicamente presso quattro bambini e sempre ottenendo la guarigione. Si è trattato sempre di empiemi consecutivi a broncopolmonite. L'empiema se è raro nei primi sei mesi di vita, comincia ad esser non raro nel secondo semestre e più frequente nel secondo anno di vita. La frequenza degli empiemi, credo che cambia da paese a paese e penso che il clima umido, specie dei paesi marini, favorisce la formazione di questa importante complicanza, mentre col clima di collina l'empiema è più raro a verificarsi. Il clima, come tutti i fattori fisici, ha importanza capitale sul decorso di quasi tutte le malattie.

Fra i casi locali, quello in cui ottenni un insperato ed impressionante miglioramento seguito da rapida guarigione, fu quello del bambino P. Ignazio di Luigi, che allora (nel 1929) aveva tre anni circa. Preceduto da una broncopolmonite bilaterale, s'era sviluppato a destra un'abbondante empiema, mentre a sinistra si trascinavano immodificati i fatti bronco-polmonari. Era stato vi-

sitato da due sanitari i quali avevano detto alla madre che ben poche speranze c'erano per la vita del bambino.

All'atto che ebbi a visitarlo, oltre ai noti segni fisici dell'empiema, trovai anche, con l'analisi dell'urina, una glomerulo nefrite emorragica, con forte ritenzione di cloruri ed edemi sparsi; nella faccia sembrava trasformato. Il bambino era fortemente dispnoico, con polso piccolo e temperatura 40°.

Dopo puntura esplorativa, estraendo circa cinque cc. di pus denso dalla pleura destra, ne iniettai mezzo cc. sotto cute, nelle vicinanze della puntura. Ripetei la manovra due giorni dopo estraendo prima una diecina di cc. di pus. Dopo dieci giorni il bambino era guarito ed ora, che l'ho rivisto dopo tre anni, è cresciuto sano e piuttosto robusto.

Fu nel luglio 1928 che io ebbi la conferma della bontà di questo metodo, quando leggendo il n. 27 de « La Riforma Medica », ho visto ivi riportato il lavoro del Mensi, comparso in « Critica ed Igiene Infantile », n. 5, 1928. Dice il Mensi che il metodo in parola, proposto dal Makai, ha trovato dei sostenitori in Vallet e Augè ed anche in Luetz. Gli autori in parola ammettono la possibilità della formazione, nel luogo dell'iniezione, di un ascesso che regredisce per lo più spontaneamente e soltanto di rado richiede l'evacuazione con la puntura.

Io non ho visto, nei miei casi, alcuna formazione di ascesso. Il metodo ha maggior valore nei lattanti, nei quali la resezione costale ed anche la semplice pleurotomia con drenaggio, danno, come sostiene H. Flesch, e come del resto è noto, un'alta percentuale di mortalità. Dell'*autopioterapia* torna a parlare Hermann Flesch, in « Kinderarzth Praxis » marzo 1931 (recensione in « Gazzetta Italo-Argentina », nn. 10, 11, 1931).

Come agisce il pus iniettato? Agisce mobilizzando le energie curative e i poteri di difesa dell'organismo, da una parte per i prodotti di disfacimento di proteine e di altre sostanze presenti in quell'essudato e d'altra parte per l'azione dei germi attenuati o morti che funzionano, iniettati, da ottimo autovaccino. Prima di iniettare il pus, conviene estrarre una discreta quantità di liquido, pur non essendo ciò assolutamente necessario (infatti io talvolta mi son limitato ai pochi cent. cubi della puntura esplorativa), e poi iniettare 1/4-1/2 c.c., secondo la qualità del pus, l'età dell'infermo od il criterio personale del medico. Dopo la iniezione del pus, i fatti locali migliorano piuttosto rapidamente; la curva febbrile non raggiunge più le alte puntate e si va esaurendo per lisi. Il bambino si fa più vivace e le condizioni generali migliorano.

Nello spiegare il meccanismo d'azione dell'auto-pio-terapia, non mi pare sia il caso (come in casi eccezionali può accadere in qualche pleurite siero-fibrinosa) di pensare al fattore meccanico dell'allontanamento del pus; sia per la scarsa quantità che se ne estrae, sia anche per la rapidità del miglioramento e della guarigione, nei quali non si suole osservare nemmeno con le ripetute aspirazioni massive. Devono quindi entrare in giuoco i fattori biologici e immunologici su ricordati.

Concludendo, il metodo in parola, essendo privo di inconvenienti, è da tentare sempre. Ed anche quando, cosa a me non capitata, si dovesse essere costretti, successivamente, a ricorrere all'intervento chirurgico, c'è da sperare fondatamente che l'avere autopiovaccinato l'infermo, influisca favorevolmente sul decorso post-operatorio e sull'evoluzione generale della malattia.

18 agosto 1932.

RIASSUNTO.

L'A., nell'esporre alcuni casi di empiema di piccoli bambini, curati con l'autopioterapia, mette in risalto i vantaggi di questo metodo e la quasi necessità di ricorrere ad esso nei casi del genere.

CASISTICA E TERAPIA.

Il martellamento per la diagnosi e la terapia delle malattie del tubo digerente.

H. Hayem (*Soc. méd. des hôpitaux*, Paris, 21 ott. 1932) mediante la percussione dell'addome con un martello a forma conica particolare, provoca la contrazione delle fibre liscie degli organi sottostanti il che permette di rilevare i contorni dello stomaco e dell'intestino (cieco e colon) negli individui che non hanno un pannicolo adiposo eccessivo.

Il martellamento va praticato senza gran forza, a piccoli colpi ripetuti rapidamente e di preferenza sui margini presunti degli organi. La contrazione così determinata dura abbastanza a lungo per permettere di praticare poi la percussione metodica delle parti così messe in evidenza.

Per questa, l'A. usa un plessimetro in celluloide di 3-4 mm. di spessore, di cm. 1 e 1/2 di larghezza e lungo almeno 5 cm. Esso va applicato leggermente sulla pelle e lo si percuote leggermente col martello.

Il martellamento ha poi efficacia terapeutica per la progressione dei gas e delle sostanze contenute nello stomaco e nell'intestino, a-

gendo al modo, e meglio, del massaggio manuale. Lo si pratica lungo la grande curvatura dello stomaco, dopo averne delimitato i margini o lungo i margini del colon e segnati col lapis dermografico. Il metodo può essere applicato dallo stesso paziente. *fil.*

Microfibrogastria luetica.

La linite plastica o morbo di Brinton è tuttora oggetto di discussioni e ricerche, poichè sulla natura delle lesioni anatomo-patologiche i pareri sono discordi. A parte coloro che in ogni caso di linite plastica vedono il cancro, vi è chi la considera una varietà di gastrite cronica, chi una sclerosi ipertrofica sottomucosa, chi una degenerazione fibrosa, secondaria o primaria, delle pareti dello stomaco.

G. Zagari (*Rass. Int. Clin. e Terapia*, n. 19, 1932) descrive un caso di microfibrogastria con achilia di natura sicuramente luetica, come lo ha dimostrato il risultato inequivocabile della cura, il quale dimostra come il tipico reperto di linite plastica fosse dato da una degenerazione fibrosa della parete gastrica di natura luetica.

Il ventricolo che era ridotto ad un tubo rigido di comunicazione tra l'esofago ed il digiuno posto quasi trasversalmente nell'epigastrio, dopo la cura è divenuto continente, con parete meno rigida e con funzionalità praticamente ripristinata.

È quindi da tenere presente che in qualche caso la linite plastica può essere di natura treponemica e che solo in questo caso si può ottenere la guarigione clinica del malato poichè la linite da altra causa è ribelle a qualunque cura. LIVERANI.

Contributo alla gastro-esofagoplastica.

Le difficoltà e i pericoli dei trapianti intestinali hanno indotto da tempo i chirurgi ad usare la parete gastrica stessa per riunire lo stomaco alla fistola esofagea, direttamente o attraverso a un canale cutaneo. M. espone sommariamente i vari procedimenti e ne rileva gli svantaggi consistenti essenzialmente nella scarsa nutrizione del lembo gastrico, con pericolo, perciò, di perforazione, e nella posizione della neobocca dello stomaco inadatta ad una facile progressione del cibo.

Il metodo proposto da E. Michalowski (*Zbl. f. Chir.*, n. 28, 1932) applicato con successo negli animali, e provato anche sul cadavere, eviterebbe tali inconvenienti. Esso consiste in due procedimenti: in un primo il lembo, di forma rettangolare, viene dissecato sulla parete anteriore, con la base sulla piccola curvatura, nella zona limite tra il corpo e l'antro. Il lembo viene sollevato e i suoi margini vengono suturati fra di loro. Alla base la sutura si continua con quella dei margini della breccia gastrica.

Con un secondo procedimento il lembo viene scolpito sulla piccola curvatura e con la base verso il piloro: esso comprende un po' di parete anteriore e un po' di parete posteriore. L'arteria gastrica destra ne assicura la nutrizione. G. PACETTO.

Proteinoterapia aspecifica dell'ulcera gastrica.

L. Martin (*Annals of Internal Med.*, nov. 1932) riferisce su 95 casi di ulcera gastrica, trattati con lattoterapia. Per solito l'A. praticava 6 iniezioni intramuscolari di 10 cmc. ciascuna, a giorni alterni. Nel 78 % dei casi alla fine del trattamento i sintomi erano notevolmente attenuati o scomparsi. Ove si considerino i casi datanti da meno di un anno, la percentuale si eleva a 84,6. Il primo benefizio risentito, fu l'alleviamento del dolore; poi si emendavano gli altri sintomi, quali il vomito, il timpanismo, le eruttazioni, la pirosi. Di rado insorgevano reazioni generali. Tra 71 soggetti trattati da oltre un anno, la guarigione o il miglioramento marcato persistevano nel 65 %. L'esame Roentgen, eseguito in 34 casi, da 2 a 3 anni dopo il trattamento, rivelò in 12 la scomparsa completa dei segni di ulcera; in 3 era ridotto lo spasmo. Eventualmente la cura può ripetersi.

Essa sostiene vantaggiosamente il confronto con la cura di Glassner, delle iniezioni intramuscolari di pepsina; ha il vantaggio della breve durata.

L'A. prospetta la teoria anafilattogena dell'ulcera gastrica; onde si spiegherebbe l'utilità di una terapia desensibilizzante. A. P.

SEMEIOTICA.

Sulla diagnosi di tifo addominale.

Schrader E. (*Münch, Med. Wochensch.*, 2 settembre 1932) riferisce tre casi, in cui il medico fece erroneamente diagnosi di grippe, mentre si constatò poi trattarsi di tifo. Due di essi diedero luogo ad estensione epidemica della malattia, e si potè documentare che il contagio era veramente avvenuto per contatto coi pazienti.

L'A. prende in esame questi tre casi e ne è indotto a considerazioni di indole eminentemente pratica.

È evidente infatti, che tali errori diagnostici sono evitabili, ma è anche vero che non è difficile incorrervi. Ogni manuale di medicina interna illustra quali difficoltà diagnostiche possa presentare il tifo e dichiara poco significativa la sintomatologia della grippe. Di questa non è noto, almeno ai fini diagnostici, il germe, ed è quindi comprensibile come i medici tendano ad indicare come grippose tutte le malattie febbrili veramente o apparentemente dovute a raffreddamento, anche quando manchi ogni criterio epidemiologico.

È facile dimostrare quanto sia soggettiva la

diagnosi di grippe: un medico aveva fatto diagnosi di grippe nel 30 % dei malati da lui veduti, mentre si potè dimostrare che la contrada in cui egli esercitava, era rimasta immune dall'epidemia di grippe, altrove in atto.

Ciò significa che i casi in realtà poco chiari, con febbre che durava una settimana, vennero considerati senz'altro come gripposi, e curati in conformità.

La diagnosi di grippe, particolarmente nei casi a decorso lieve, dovrebbe essere posta solo quando al criterio clinico si aggiunga un criterio epidemiologico positivo.

Nei casi isolati di malattie con febbre alta, che dura una settimana, la diagnosi di grippe non deve assolutamente essere formulata per prima, soltanto perchè la più semplice. Invece, deve prima essere discussa ed esclusa tutta una serie di malattie, tra le quali non ultimo il tifo addominale, che, per chi sia abituato a pensarvi, non sarà difficile riconoscere.

Sopratutto non deve più avvenire che un medico veda e riveda un paziente febbrile, a letto da una settimana, senza pensare a prelevarne un campione di sangue, per una agglutinazione od una coltura in bile.

Tale trascuratezza sarebbe poi tanto meno giustificabile, in quanto che oggi la diagnosi sierobatteriologica di tifo, non può certo dirsi difficoltata ai medici pratici da difficoltà di ordine tecnico stante il gran numero di laboratori attrezzati per eseguire queste ricerche.

M. COPPO.

IGIENE.

Anatossina antidifterica in dose unica.

La vaccinazione antidifterica mediante l'anatossina di Ramon costituisce una delle maggiori conquiste recenti della medicina preventiva; ma incontra un grave ostacolo, dato dalla necessità di ripetere le inoculazioni.

Pertanto richiama l'attenzione una memoria di C. Terni (*Annali d'Igiene*, sett. 1932), il quale è riuscito ad attuare una vaccinazione efficace con dose unica di anatossina: 1 cc. contenente 30-35 unità immunizzanti.

Il Terni, che dirige l'Istituto Sieroterapico Nazionale di Napoli, ha ottenuto la collaborazione di alcune Cliniche pediatriche e di alcuni Uffici d'igiene. Le ricerche sono state condotte da studiosi di valore, come Frontali e Sarpa di Padova, Macciotta di Cagliari, Tron di Milano, Bentivoglio e Marcialis di Sassari, ecc.; esse riguardano, per ora, 323 casi. I risultati sono molto incoraggianti: dopo 30-120 giorni, la Schick divenne negativa, globalmente, nel 77,5 %, con minimo di 33 % (a Milano, dopo 42 giorni) e con massimo di 100 % (a Sassari, dopo 40 giorni). Nessun inconveniente.

Tentativi del genere sono stati eseguiti anche da altri autori; ma questo del Terni è il primo realizzato nel campo pratico.

Siffatte interessanti ricerche meritano di essere proseguite, per addivenire ad un procedimento sicuro di vaccinazione in dose unica. Per tal modo si faciliterà la generalizzazione del metodo Ramon, il quale potrà recare tutti i benefizi che comporta (in conformità ai voti formulati da una Commissione di esperti in immunologia della Società delle Nazioni).

Intanto, l'anatossina concentrata ad un modico grado (quale il Terni l'ha usata, cioè senza raggiungere le altre concentrazioni saggiate da alcuni autori), risulta consigliabile fin da ora. Una dose unica di tale anatossina, anche se non determina immunità assoluta, fa indubbiamente aumentare la resistenza contro l'infezione difterica; eventualmente basterà ripetere l'inoculazione ancora una volta, senza dover ricorrere, come di consueto, a tre inoculazioni.

P.

NOTE DI TECNICA.

Un terreno per la microcoltura del bacillo tubercolare.

Il b. di Koch si può trovare col metodo comunissimo dello striscio solo se la sua concentrazione è di 100.000 bacilli per centimetro cubico, mentre l'inoculazione nella cavia e la cultura dànno risultati con una concentrazione di 10-100 bacilli.

Schiller ha proposto di coltivare direttamente nell'espettorato e nei materiali tubercolari il b. di Koch quando è scarsissimo, aggiungendo al materiale da studiare il 75 % di glicerina e il 5 % di destrosio.

H. J. Cooper (*Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 25 ottobre 1932), propone di trattare così l'espettorato o il tessuto in cui la ricerca del b. di Koch coi metodi comuni è stata negativa: a 0,5-1 cc. di materiale da esaminare si aggiunge 0,50 cc. di sangue umano citrattato, sterile oppure 0,5 cc. di uovo fresco. A questo si aggiungono 1 ½-2 volumi di acido solforico al 6 %, si mette in termostato a 37° per 45', poi si aggiunge un volume di bicarbonato di sodio all'1,3 % contenente 3 % di glicerina pura. Dopo centrifugazione si preparano degli strisci col metodo di Ziehl-Neelsen.

R. LUSENA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Vitalità del micr. di Bruce e micr. di Bang nei formaggi. — Al dott. S. Di Bono, da Mulina di Stazzeria:

Da ricerche di F. Neri, risulta che il micr. di Bruce nel cacio non salato conserva la vitalità per un periodo da 15 a 44 giorni ed oltre. La stagionatura dovrebbe quindi prolungarsi per non meno di un paio di mesi.

fil.

Al dott. G. Ernandez, da Marano Equo:

Consulti: P. Piccinini. *Acque minerali d'Italia* (Manuale Hoepli) su cui troverà le nozioni di crenoterapia che l'interessano. *fil.*

VARIA.

Il riso.

Dopo il piccolo interessante volumetto di Bergson su questo argomento, poco è stato scritto su questa tipica manifestazione dello spirito umano.

A. Metz (1) riprende l'argomento, confutando Bergson in qualcuna delle sue affermazioni e considerando il problema da un punto di vista meno astratto, basandosi su delle osservazioni che a chiunque può capitare di fare nella vita di ogni giorno.

Il riso è senza dubbio essenzialmente espressione di gioia.

Il bambino ride perchè è felice: null'altro; ma la limpidità ingenua ed argentina di questo riso non durerà a lungo: con gli anni essa si turberà prendendo un carattere sociale: il riso dell'adulto è, rispetto al riso schietto e primitivo del bambino, paragonabile al suono ottuso e oscuro di una moneta falsa confrontato al suono squillante di una moneta di argento.

Il riso di uno cerca dei complici nel riso dei vicini e fa di tutto per mettere in ridicolo di fronte agli altri l'inferiorità di qualcuno. Nessuna bontà, nessuna giustizia, diceva Bergson, in queste espansioni d'ilarità « *Il riso intimidisce ed umilia* ».

Ciò può anche esser vero per colui che ride di sè stesso: ma in tal caso lo *psicodinamismo* del riso è più da ricercare in una precauzione dell'amor proprio. Colui, che in occasione di un suo errore o malaccortezza, per primo ne ride e prende in giro sè stesso, mettendola in luce più forse che non meriti, cerca in tal modo di ingrandire il proprio *io*, che egli vuol dimostrare superiore a certe piccolezze: e nello stesso tempo egli si sente come purgato dall'onta dell'errore, mentre nessun sentimento di disprezzo è compreso nelle parole scherzose o mordaci che egli stesso si rivolge.

[O forse anche, chi prende in giro sè stesso, in occasione di un errore, vuol dimostrare con l'autocritica di essere di molto superiore a quel dato errore, quasi questo fosse stato commesso da un'altra personalità del proprio io].

Ma quando la cosa riguarda gli altri, l'aspetto della situazione cambia. Una sfumatura di disprezzo accompagna sempre la constatazione di una inferiorità. Quando noi vediamo un uomo, un animale e magari anche un oggetto profilarsi ai nostri occhi sotto un aspetto che bruscamente ne diminuisca il loro significato e dia loro un senso caricaturale (es. un fiero generale in camicia e beretto da notte), un certo senso di allegria sale alle nostre labbra. L'uomo che inciampa è ridicolo: egli è *bruscamente* spostato dalla posizione eretta che è universalmente ammessa. Noi ridiamo, perchè la nostra mente non era preparata a questa brusca variazione dalla posizione normale. Un essere difforme o troppo piccolo, provoca un sentimento di pietà, che è spesso mascherata da un movimento di ilarità che si è manifestato al principio.

La genesi del *ridicolo* sta dunque essenzialmente nel brusco discostamento dal comune di un dato fenomeno: ma è necessario che questo scostamento abbia luogo verso il basso e non verso l'alto, verso il piccolo e debole e non verso il grande e forte. Infatti quando le abitudini di visione normale sono sorpassate in altezza ed in apparenza di robustezza dai tipi di umanità che incontriamo per la strada, noi non abbiamo alcuna tendenza a volgerli al ridicolo. Ciò che è grande e forte non fa mai ridere; a meno che nel soggetto non sia presente un forte contrasto (ad es. l'altezza eccessiva accompagnata alla gracilità).

Come altra causa di riso, Bergson nota, in coloro che ne sono la causa, un certo chè di rigidità e di lentezza che impedisce loro di adattarsi con *souplesse* alle esigenze di una condizione nuova bruscamente insorta. Spesso, ma non sempre, l'osservazione è giusta.

Il vero si è che il riso sorge il più spesso da un effetto di contrasti. Contrasti con le nostre abitudini visive e con le costatazioni impreviste che colpiscono la nostra retina, contrasto con le idee che noi ci formiamo delle cose, contrasto di una determinata azione con la disciplina e le esigenze dell'ambiente in cui essa è compiuta.

E questa verità profondamente ed empiricamente conoscono attori ed autori della comicità, dai più antichi ai modernissimi, che la hanno sempre sfruttata onde dare un istante di gioia schietta e infantile ai propri simili, notoriamente resi tristi dalle continue amarezze della vita. G. LA CAVA.

(*) A. METZ. *Le riz*. Masson, 1932.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

L. CAPPELLETTI. L'assistenza psichiatrica in Venezia. — Tip. Ospedali Psichiatrici, Venezia, 1932.

T. LUCHERINI. Le applicazioni e i limiti della malarioterapia. — Tip. Proia, Roma, 1932.

U. REITANO e U. BONCINELLI. Risultati della inoculazione del virus della così detta « febbre esantematica » negli animali di laboratorio. — Tip. Op. Rom., Roma, 1932.

U. REITANO, U. BONCINELLI, E. SALUSTRI. Risultati della inoculazione sperimentale del virus della così detta febbre esantematica all'uomo. — Tip. Oper. Romana, Roma, 1932.

A. PUGLIESE. Nozioni fondamentali di fisiologia dell'alimentazione. — Arti Grafiche Amatrix, Milano, 1932.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

16° *Dottor G. D. N.* — Può denunziare la irregolarità al Governo del Re per annullamento d'ufficio, richiamando le disposizioni dell'art. 8 della legge 21 agosto 1921, n. 1312, per l'assunzione obbligatoria degli invalidi di guerra nelle pubbliche amministrazioni e dell'art. 7 del relativo regolamento 29 gennaio 1922.

17° *Dottor F. L.* — La quistione non è nuova. Non mi risulta che sia stata definitivamente risoluta. Ne ho trattato nel « Policlinico », specialmente a proposito dei compensi dovuti al personale ospedaliero per l'assistenza chirurgica prestata agli abbienti. Io ritengo che siano ridotti del 12 % le retribuzioni a carico del bilancio dell'ente e non le partecipazioni ai compensi pagati dai privati per assistenza ad essi prestata. Se mai, l'amministrazione ospedaliera dovrebbe ridurre del 12 % le tariffe; ma non può mantenere ferme queste e avvantaggiarsi della riduzione imposta ai sanitari partecipanti alla ripartizione.

18° *Dottor A. M.* — Evidentemente il Comune ha trovato una via di uscita. Se la soppressione della condotta sarà approvata dalla G. P. A., Lei potrà ricorrere contro di essa al Ministero dell'Interno in sede gerarchica, nel termine di giorni 15 dalla comunicazione della deliberazione della Giunta. Divenuta efficace la soppressione, è assai difficile contestare la legittimità del licenziamento per soppressione di posto. Contro il secondo provvedimento può ricorrere alla G. P. A. in sede giurisdizionale nel termine di giorni trenta. È da ritenere che questo termine non sia decorso perchè il licenziamento è anche espressamente subordinato alla approvazione della deliberazione che ha soppresso la condotta.

19° *Dottor L. G.* — Chiunque voglia esercitare la professione di medico chirurgo deve iscriversi nell'albo di un ordine: questa condizione è assoluta e generale. Anche l'ufficiale medico se vuole esercitare la professione libera deve provvedere alla iscrizione.

20° *Dottor P. S.* — La denuncia deve esser fatta all'autorità giudiziaria o ad altra autorità che a quella abbia obbligo di riferirne. A norma dell'art. 4 del C. P. P., chi ha l'obbligo del referto deve presentarle entro 24 ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente, al Procuratore del Re, al Pretore o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo in cui ha prestato la propria opera od assistenza o, in loro mancanza, all'ufficiale di polizia giudiziaria più vicino.

21° *Dottor F. G.* — La disposizione dell'art. 15 del capitolato, riportata nella Sua lettera, non è illegale. Regola i congedi e le licenze in rapporto ai sanitari condotti, ai quali è applicabile un ordinamento speciale diverso da quello degli impiegati comunali in genere. Il regolamento sanitario 19 luglio 1906 stabilisce il trattamento minimo ma non vieta condizioni più favorevoli. Non occorre speciale deliberazione perchè si tratta di esecuzione del capitolato.

22° *Dottor R. D. M.* — Il Governo del Re può annullare in qualunque tempo le deliberazioni illegali. Generalmente, però, questa facoltà eccezionale è esercitata quando concorrano motivi di pubblico interesse.

23° *Dottor C. G.* — Il Comune non è obbligato ad istituire un ambulatorio per i poveri, salvo che disposizioni del regolamento locale non stabiliscano questo obbligo.

24° *Dottor G. B. S.* — Nè la legge nè il regolamento attribuiscono al medico condotto una indennità nel caso di cessazione dell'incarico per l'esercizio delle funzioni di ufficiale sanitario. In genere, la giurisprudenza ammette che una indennità sia dovuta per licenziamento improvviso, determinato da causa incolpevole. Ma questa regola non può essere applicata quando permanga il rapporto d'impiego principale.

25° *Dottor L. T.* — Il capitolato *tipo* non ha, senz'altro, efficacia obbligatoria: è valido per il Comune se, con deliberazione regolarmente approvata, il Comune stesso lo abbia fatto proprio. Se il capitolato stabilisce i limiti di età, è indifferente che questa disposizione non sia riportata nell'avviso di concorso: anche in tal caso è operativa di effetto. Qualora sia ammesso un concorrente che abbia superato il limite di età stabilito dal capitolato e il concorrente stesso sia poi nominato, altri interessati, cioè partecipanti al concorso, possono ricorrere al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale contro la risoluzione della Commissione e la deliberazione di nomina. Allora sorge l'interesse di agire.

26° *Dottor G. D'A.* — Sono stati ridotti del 12 % gli stipendi, le retribuzioni ecc. senza eccezioni e indipendentemente dalla sopravvivenza di assegni per caro viveri o per altro titolo. È un provvedimento generale, al fine di proporzionare i corrispettivi degli impiegati alle mutate condizioni della vita.

N B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuite.**

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. Giovanni Selvaggi esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

L'organizzazione provinciale dell'assistenza ospitaliera.

La sistemazione razionale dei servizi ospitalieri è uno dei gravi problemi di assistenza sociale che ancora attende la sua completa soluzione. Se infatti gli istituti ospitalieri dei maggiori centri sono ormai attrezzati in base ai più moderni criteri scientifici e pratici, molti ospedali minori di provincia presentano ancora deficienze di mezzi e di funzionamento, principalmente dovute alla mancanza di una razionale organizzazione e coordinazione fra i servizi assistenziali dei singoli Comuni e del capoluogo. Tali deficienze dipendono in gran parte anche dal concetto informatore dell'assistenza ospitaliera, quasi dovunque tuttora affidata ad Opere Pie, le quali conservano il carattere piuttosto di enti di beneficienza che di vero e proprio servizio di assistenza sociale.

Deve essere perciò accolto col maggiore interesse qualsiasi contributo che valga ad orientare verso un migliore assetto questo importante servizio, tanto più quando esso sia la espressione del modo di vedere di chi abbia in materia particolare competenza. Un tale contributo ci è offerto dalla « Relazione del dott. E. Ligorio (già direttore degli Ospedali Riuniti di Venezia) sulla sistemazione dell'assistenza ospedaliera nelle Provincie delle Tre Venezie, pubblicata a cura della Federazione fra gli Istituti di assistenza ospitaliera delle Tre Venezie (Venezia, Grafiche Sorteni 1932-XI) ». La pregevole relazione contiene una parte generale, e perciò applicabile con opportuni adattamenti ad ogni provincia, che merita di esser conosciuta e meditata da quanti, amministratori e medici, si occupano del problema dell'assistenza ospedaliera.

Il relatore propone un riordinamento dei servizi ospedalieri su base provinciale, salvo in casi singoli e per ragioni locali ad integrarlo con accordi ed estensioni extraprovinciali. Scopo dell'organizzazione deve essere quello di fornire alla popolazione un'assistenza ospedaliera completa in tutte le sue parti, dotata di larghi mezzi d'indagine e di cura ed affiancata da tutte le forme di assistenza sanitaria sociale, di cui quella ospedaliera deve essere il centro suscitatore e coordinatore.

Accanto all'ospedale di ricovero, debbono sorgere le istituzioni di cura ambulatoria, collegate tecnicamente al primo, quelle di accertamento diagnostico, di profilassi individuale e sociale, di ricerche speciali, ecc. Alla funzione ospedaliera spetta pure la preparazione del personale sanitario delle varie categorie, la educazione igienica dei ricoverati, e la erogazione delle varie provvidenze assistenziali commisurate ai bisogni dell'individuo assistito.

Questa maggiore complessità dei fini da raggiungere da un ospedale moderno, in confronto di quelli fondati sul solo e antico concetto della beneficienza, richiede un'intima collaborazione di tutti gli ospedali, per ottenere il massimo risultato col minore impiego e dispendio di forze.

Altra forma di assistenza alla quale devono attendere gli ospedali è quella dei cronici e dei convalescenti. Fra i cronici bisogna distinguere quelli non più recuperabili, da quelli che presentano periodi più o meno lunghi di remissione della malattia, durante i quali sono ancora socialmente utilizzabili. L'assistenza dei primi può essere staccata da quella ospitaliera, pur rimanendo ad essa coordinata, l'assistenza dei secondi potrà farsi convenientemente in molti istituti ospedalieri che dalla proposta riorganizzazione risultassero superflui come spedali per malati acuti.

Il trattamento dei convalescenti è necessario in quanto attualmente essi, per ragioni di spazio e per ragioni economiche, vengono dimessi dagli ospedali prima di essere in grado di riprendere le abitudini normali di vita e di lavoro. Oppure trascorrono la convalescenza in ospedale, ambiente a ciò poco adatto, ove costano come i malati acuti. Si impone perciò l'istituzione di convalescenziari, destinando a tale ufficio istituti, o sezioni di essi, situati in centri minori e favorevolmente ubicati per questa speciale funzione. La prova della necessità di tale forma assistenziale emerge dall'importanza che ad essa danno gli Enti di assicurazione sociale.

Nel quadro dell'organizzazione assistenziale ospedaliera e paraospedaliera, dovranno farsi rientrare, con opportuna revisione e adattamenti, gli istituti esistenti. Di ogni istituto dovrà essere definito il campo d'azione, dando ad esso tutti i mezzi per compiere la funzione assegnatagli in una data zona, in correlazione con gli altri enti in essa operanti; non devono esistere istituti così scarsi di mezzi che, col nome di ospedale, ripetono le manchevolezze dell'assistenza domiciliare.

Il progresso dei mezzi di trasporto e il miglioramento delle strade permette di diradare gli ospedali, dislocandoli opportunamente, e completandoli con una rete di altri centri assistenziali di specificata funzione (pronto soccorso, ambulatori e centri di accertamento diagnostico, dispensari di specialità, ricoveri per cronici, convalescenziari).

In complesso gli organi assistenziali dovranno essere costituiti nel modo seguente:

1) pochi ospedali nei centri più popolosi o di più agevole accesso per malati acuti di medicina e chirurgia, con reparti di isolamento e ambulatori. Le sezioni mediche comprendono anche i reparti per l'isolamento e pei tubercolosi; quelle chirurgiche i reparti ostetrici;

2) posti di soccorso e ambulatori sparsi nella zona d'influenza degli ospedali, per il trattamento immediato e per le consultazioni dei malati della zona;

3) dispensari per le specialità medico-chirurgiche opportunamente dislocati e facilmente accessibili;

4) un sistema di automezzi di trasporto con stazioni di sosta presso queste varie istituzioni, in rapporto alla viabilità locale;

5) istituti per cronici e per convalescenti, variamente ripartiti nella provincia.

Ai detti istituti potranno affiancarsi, per economia di sede e di gestione, le istituzioni assistenziali dell'O. N. B. e dell'O. N. M. I.

L'ospedale del capoluogo deve disporre di tutti i servizi tecnici più moderni e più complessi, con un'accurata organizzazione di mezzi di trasporto dei malati di tutta la provincia.

Esso inoltre potrà dislocare alcuni mezzi e personale nei principali nodi di afflusso degli infermi per consultazioni e cure ambulatorie e per la scelta dei malati da ospedalizzare.

L'ospedale del capoluogo deve servire alla zona di sua immediata influenza e funzionare da centro di accertamento diagnostico, di consulenza, e di cure speciali, e da ospedale per le specialità, per tutta la provincia, fornendo anche i sanitari per gli ambulatori di specialità di cui al n. 3). Infine deve funzionare come centro di istruzione del personale d'assistenza (Scuola infermiere). Ove qualche ospedale secondario ne abbia i mezzi, potrà mantenere delle sezioni di specialità purchè ne sia garantita la completa efficienza. Così la radiologia è necessario che si trovi in tutti gli ospedali come mezzo diagnostico, mentre come mezzo curativo sarà consentita solo dove attrezzatura e personale ne assicurino la perfetta funzionalità.

L'unicità dei servizi permetterà di svolgere corsi di cultura per i medici e di migliorarne la carriera, rendendo possibile il graduale passaggio dei sanitari da un osepdale all'altro; a tale scopo tutte le nomine del personale, anche per i piccoli ospedali, dovrebbero farsi per concorso.

Presso l'ospedale del capoluogo dovrà costituirsi un Accademia di studi medici, diretta a favorire lo studio e la indagine clinica e ad elevare la cultura del personale; i laureati in attesa dell'esame di Stato potrebbero anche utilmente far pratica presso l'ospedale principale e le istituzioni dipendenti.

Rapporti fra i vari ospedali potranno vantaggiosamente stabilirsi dal punto di vista economico per alcune forniture, come i medicinali e il materiale di medicatura ed eventualmente certe derrate alimentari.

La funzione di collaborazione e di coordinamento fra i diversi ospedali, così dal lato economico, come da quello culturale e tecnico, sarebbe disimpegnata dagli organi di una Federazione da costituirsi fra i singoli ospedali della Provincia, pur lasciando a ciascuno la propria autonomia interna e la propria direzione responsabile. I singoli direttori potranno formare un collegio tecnico il quale faccia capo alla Direzione sanitaria del capoluogo. Questa avrà anche funzioni ispettive sui servizi sanitari della provincia e costituirà l'organo tecnico della Federazione provinciale.

Col proposto ordinamento le disponibilità assistenziali saranno:

1) Per il capoluogo e per la zona circostante l'ospedale principale con tutti i servizi (ricovero, ambulatorio, pronto soccorso, ecc.).

2) Per la periferia gli ospedali secondari o mandamentali per i malati acuti di medicina e chirurgia, i posti di soccorso e gli ambulatori nei centri ove non sono ospedali, inoltre gli ambulatori per specialità e per determinati accertamenti diagnostici presso ospedali o posti di soccorso.

La spedalizzazione delle specialità sarà per tutti presso l'ospedale del capoluogo. Per i malati o feriti che non possono usare i mezzi ordinari di trasporto vi sarà un servizio di autolettighe con stazioni di permanenza in determinate sedi della provincia.

Per i cronici e convalescenti gli ospedali periferici.

La proposta coordinazione dovrebbe far sparire anche, quasi del tutto, le differenze nelle rette di spedalità e permetterebbe di attribuire a ciascuna unità ospedaliera la propria zona di servizio, che, essendo stabile e ben definita, consentirà di proporzionare i mezzi assistenziali all'entità dei bisogni, in modo da ottenere il miglior risultato col minor dispendio. Indispensabile è il rispettare la destinazione di ciascun ospedale e la specializzazione delle loro funzioni, senza escludere che, ove sia necessario, si provveda a spostamenti di malati da un ospedale all'altro ed a scambi di consulenze fra i vari istituti della provincia. La consulenza si estenderà anche al laboratorio d'indagini dell'ospedale del capoluogo, cui saranno devolute le ricerche cliniche più importanti, mentre i singoli ospedali avranno la dotazione scientifica sufficiente per le ricerche di uso più comune.

È da augurare che queste interessanti proposte del Ligorio, delle quali abbiamo dato solamente un cenno sommario, possano servire di utile punto di partenza per ulteriori studi e discussioni sul difficile, e ancora tanto controverso, argomento dell'organizzazione dei servizi d'assistenza ospitaliera.

A. FRANCHETTI.

Lotta sociale contro il cancro uterino.

F. D'Erchia (*Zbl. f. Gināk.*, 1933, n. 2), per intensificare la lotta contro il cancro dell'utero, preconizza l'assicurazione (nei paesi, come l'Italia, ove non vige l'assicurazione generale contro le malattie). L'assicurazione potrebbe iniziarsi in qualsiasi età, ma sarebbe obbligatoria a partire da 25-30; comporterebbe delle visite mediche periodiche (da ogni 3 mesi ad ogni anno, secondo che si tratti di donne coniugate o non, con prole o senza e secondo le condizioni di salute); queste visite sarebbero atte a far scoprire le forme iniziali della malattia e, quindi, ad opporvi interventi tempestivi.

A. P.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BARI. *R. Prefettura.* — Scad. 30 marzo, ore 12; ufficiali sanitari di Barletta e di Turi; titoli ed esami; doc. a 3 mesi dal 26 gen.; chied. annunzio. Stipendi rispett. L. 15.000 e L. 10 000 e 5 quadrienni dec.

CAMPOBASSO. *Amministrazione Provinciale.* — Coadiutore presso la Sezione Medico-Micrografica e coadiutore presso la Sezione chimica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Concorso pubblico per i predetti due posti per titoli e esami. Per ognuno di detti posti stipendio annuo L. 11.000 e indennità di servizio attivo L. 2.200, salva la riduzione del 12 % di cui al R. D. 20 novembre 1930, n. 1491, e al lordo delle prescritte ritenute di legge. Età massima anni 35 salvo eccezioni di legge. Scadenza 15 marzo 1933.

CATANIA. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami. Ufficiale sanitario per i Comuni di Nicolosi e Pedara (consorziati), Viagrande e Santa Maria di Licodia. Stipendio iniziale annue L. 6000 suscettibile a quattro aumenti periodici quinquennali del decimo. Scadenza 15 marzo 1933. Per altre informazioni rivolgersi alla R. Prefettura di Catania.

CATANZARO. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami per i sottonotati posti del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi:

Direttore della Sezione Medico-Micrografica. Stipendio iniziale L. 17.500. Indennità di servizio attivo L. 4200.

Assistente della stessa Sezione. Stipendio iniziale L. 11.600. Indennità di servizio attivo lire 2800.

Gli stipendi sono suscettibili di cinque aumenti quadriennali del decimo. Stipendi e indennità sono al lordo del 12 % e delle altre ritenute di legge. Termine per la presentazione delle domande, ore dodici del ventisette marzo 1933. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione provinciale.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — A tutto 23 feb., 3 assistenti medici chirurgi; titoli ed esami; età lim. 30 a.; L. 6400 da decurtarsi del 12 %, c.-v. e altre indennità regolamentari; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 23 gen. Chiedere annunzio.

GAVORRANO (*Grosseto*). — A tutto il 31 marzo, pel capoluogo; L. 9700 e 5 quadrienni dec., oltre L. 720 ai coniugati; riduz. 12 %; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 25 gen.; serv. entro 15 gg.

GENOVA. *Ammin. Provinc.* — Scad. 20 apr.; 5 medici nell'Ospedale Psichiatrico Provinc. (promiscuamente per gl'Istituti di Genova-Quarto e di Cogoleto); L. 14.000 elevabili a L. 22.400, oltre L. 2000 serv. att.; per Cogoleto indenn. resid. L. 4000 e alloggio; età lim. a. 35.

LA SPEZIA. *Ospedale Civile Vittorio Emanuele II.* — Concorso per chirurgo primario. Scadenza 30 aprile 1933-XI. Chiedere copia dell'avviso alla Segreteria dell'Ospedale.

LOZZO ATESTINO (*Padova*). — Scad. 20 feb.; lire 10.000 oltre c.-v., L. 600 uff. san.; casa di abitaz. con fitto L. 1000; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

LUGAGNANO VAL D'ARDA (*Piacenza*). — Scad. 28 feb.; 2ª cond.; L. 11.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1470 indenn. integrazione, rivedibili (ai coniugati o vedovi con prole a carico), L. 400 ambulat., L. 3000 cavalc.; riduz. 12 %; riconoscim. servizi anter.; età lim. 45 a.

MENTANA (*Roma*). — Scad. 28 feb.; L. 10.500 ridotte 12 %, 5 quadrienni dec., c.-v., L. 1750 trasp., L. 3360 servizio frazione a 10 Km.; età lim. 25-35 a.; iscriz. P. N. F.; tassa L. 50,10.

NICOLOSI (v. CATANIA).

PARMA. *Ospedale Maggiore.* — Scad. 2 mar.; primario ordinario di ortopedia; L. 6000 ridotte 12 %; compartecipaz. 50 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

PEDARA (v. CATANIA).

ROMA. *Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali.* — Concorso per titoli e per esami per 60 posti di medico assistente presso gli Ospedali Sanatoriali della Cassa. Iscrizione al P. N. F. Stipendio annuo L. 8.400, oltre le competenze accessorie (vitto e alloggio gratuiti nell'Ospedale), più una tredicesima mensilità di stipendio. Sullo stipendio non è fatta la ritenuta per R. Mob. Chiedere annunzio alla Direzione Generale (Servizio personale), via Minghetti 17, Roma.

RONCÀ (*Verona*). — Posto di medico comunale. Stipendio L. 8000; caro viveri L. 1200; indennità trasporto L. 3000 o L. 2500. Quale Ufficiale Sanitario L. 600. Il tutto ridotto del 12 %. Scadenza 28 febbraio 1933. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

S. MARIA DI LICODIA (v. CATANIA).

S. MAURO DI SALINE (*Verona*). — Scad. 20 feb.; rivolgersi Segreteria comunale.

TREVISO. *Amministrazione Provinciale.* — Il concorso al posto di coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi, bandito con avviso in data 20 ottobre 1932, N. 9881, è prorogato a tutto il 28 febbraio 1933.

VIAGRANDE (v. CATANIA).

VILLATA (*Vercelli*). — Posto di medico condotto comunale. Scadenza ore 17 del 20 marzo 1933. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria Comunale. Il Podestà: Beltramini.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Premio Galligo.

L'Accademia Medico-Fiorentina ha aperto il concorso al premio triennale di L. 500 istituito dal fu cav. dott. Isacco Galligo, per lavori di sifilografia e pediatria. Scad. 31 ottobre 1933. Il premio sarà conferito secondo le norme di un regolamento che s'invia facendone richiesta alla Segreteria, presso la residenza dell'Accademia, via Alfani 33, Firenze.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La « Société de Pathologie Exotique » di Parigi ha nominato membro onorario il prof. Giuseppe Sanarelli e membro corrispondente il prof. Alberto Missiroli.

Ai due illustri studiosi i nostri rallegramenti sentiti.

Il prof. Raffaele Brancati, di patologia chirurgica a Siena, è passato ad insegnare la stessa disciplina a Parma.

Il dott. Rodolfo A. Rivarola è nominato direttore dell'Ospedale infantile di Buenos Aires.

Il dott. Blas Calcagno è nominato direttore dell'Ospedale Rawson della stessa città.

Il prof. Eugenio E. Galli è nominato direttore della Scuola di Scienze Mediche di La Plata.

Il dott. Antonio Fontes è nominato presidente della Società Brasiliana di Tisiologia.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Cesare Tedeschi, in anatomia e istologia patologica; Gian Carlo Peracchia, in clinica chirurgica e medicina operatoria; Francesco Garofalo, in clinica delle malattie urinarie; Giulio Cozzolo, Florindo Scardapane, in clinica oculistica; Giuseppe Russo, in fisiologia sperimentale; Giulio Cesare Dogliotti, Achille Francesco, in istologia generale; Riccardo Galenga, in oftalmologia e clinica oculistica; Virgilio Gronchi, Giuseppe Solarino, Antonio Spinelli, in patologia generale; Lucacer Menase, Angelo Vignolo Palombella, in tisiologia.

L'Accademia delle Scienze di Parigi ha assegnato il premio Barbier al dott. Stephan Jellinek, professore di elettrologia medica nella R. Università di Vienna, il quale ha rivelato l'importanza della respirazione artificiale protratta per salvare gli infortunati da elettricità ed ha compiuto ricerche scientifiche importanti; l'ultimo suo lavoro sulla clinica e l'istopatologia delle lesioni da elettricità è stato definito dal D'Arsonval: « opera magistrale senza confronti ».

L'Accademia Nazionale di Medicina di Buenos Aires, in una sessione straordinaria, ha conferito al prof. Alfredo Navarro, titolare della cattedra di clinica chirurgica e decano della Facoltà medica di Montevideo, il titolo di membro onorario: è la più alta distinzione che l'Accademia possa accordare.

La Facoltà di Scienze Mediche di Buenos Aires ha conferito tre premi, banditi nel 1931, ai dottori V. C. Foglia, E. A. Aubran e D. Provenzano, per le loro tesi riguardanti: il compito del pancreas nella regolazione glicemica; l'alopecia sperimentale, il prurito e l'iperestesia da sezione di nervi; l'influenza delle varie forme di anestesia sulla riserva alcalina. Ha conferito il premio Eduardo Wilde per il 1931-32 alla dott.a Telma Reca, per la sua tesi sulla delinquenza infantile.

Il prof. Gaetano Fasoli, ordinario di odontoiatria a Milano, è nominato commendatore nell'Ordine della Corona d'Italia

Il prof. Alessandro Bertino, ordinario di Clinica ostetrico-ginecologica a Padova, è nominato ufficiale nello stesso Ordine.

Sono nominati commendatori nell'Ordine della Corona d'Italia i professori ungheresi Szabò, Salomon, Sturm e Morelli, della Federazione Stomatologica Internazionale.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Milano.

La fondazione della "Società Lombarda di Chirurgia,,. La prima seduta.

Con recente deliberazione del Direttorio dell'« Accademia Medica Lombarda » veniva deciso di scindere l'« Accademia » stessa in un certo numero di sezioni, e precisamente in una sezione chirurgica — alla quale venne dato il nome di Società Lombarda di Chirurgia — in una sezione medica ed in una ostetrico-ginecologica, pur curando di mantenere intimi i legami tra le varie sezioni.

Il 25 u. s. è stata tenuta nell'aula della R. Clinica chirurgica la prima seduta della Società Lombarda di Chirurgia. La seduta venne aperta dal presidente dell'« Accademia Medica Lombarda » prof. Baslini, il quale propose immediatamente per le cariche direttive della « Società di Chirurgia » una lista la quale venne approvata all'unanimità. Risultarono eletti alle cariche di presidente e di vice-presidente rispettivamente il prof. Mario Donati ed il prof. Giovanni Moroni. Il prof. Donati, successo al prof. Baslini nel seggio presidenziale, dopo aver rivolto un caldo saluto ai presenti ha espresso il fermo proposito di dare un impulso il più vivace possibile all'attività della Società neocostituita ed ha insistito sui frutti che apportano in genere al progresso della Scienza la discussione ed i mutui scambi di idee.

Ha quindi dato la parola al prof. Sanvenero Rosselli il quale ha presentato alcuni interessanti casi di pazienti operati di interventi plastici al volto ed al palato con successo veramente sorprendente. A proposito della comunicazione del prof. Sanvenero Rosselli, hanno preso la parola i proff. Lussana, Pizzagalli, Costantini, Donati. In seguito il prof. Pizzagalli ha riferito su di un caso di rottura associata della milza e del rene, curato con la nefrectomia e col tamponamento della loggia splenica. Casi consimili di osservazione personale hanno pure ricordato i proff. Lussana, Scalone, Castiglioni, Carraro, Maiocchi, Bagozzi, Moncalvi, Donati. Complessivamente i vari oratori si sono trovati d'accordo nell'ammettere che nel caso di rotture traumatiche del rene bisogna essere quanto più è possibile conservatori, fatta eccezione, ben inteso, per una minoranza di casi in cui il rene si presenti completamente distrutto od in cui, per la presenza di liquido urinoso, siano da temere delle complicazioni settiche. Per quanto riguarda le rotture della milza il prof. Castiglioni ha additato come intervento di qualche utilità la legatura dell'arteria splenica, per i casi in cui non si voglia ricorrere alla splenectomia, pratica sull'utilità effettiva della quale il prof. Donati ha sollevato dei dubbi.

Il prof. Fumagalli ha riferito su di un caso di « emorragia tardiva secondaria a rottura traumatica della milza ». A proposito di tale comunicazione ha interloquito il prof. Greppi il quale ha ricordato come alla splenectomia sperimentale segua, senza eccezione, una trasformazione oltremodo caratteristica, del quadro ematologico con cospicua leucocitosi, piastrinosi e comparsa di globuli rossi nucleati. Il prof. Greppi si è chiesto, se la ricerca di un tale quadro non possa essere di qualche utilità per la diagnosi per lo più tutt'altro che facile, delle rotture e lacerazioni della milza. Il prof. Donati ha espresso dei dubbi sulla comparsa della sindrome splenopriva in tali casi, poichè, eccettuati i casi di completo spappolamento nella milza, è difficile che una ferita di quest'organo consegua l'abolizione completa della funzione.

Il dott. Moncalvi ha in seguito riferito su di un caso di epididimite primitiva acuta, aspecifica, in lattante di 3 mesi, nel quale si era sospettata una torsione dell'idatide del Morgagni: in realtà all'operazione si rilevò la presenza di un singolo nodo isolato, di aspetto caseoso, evidentemente di origine metastatica, nel quale l'esame istologico permise di scartare completamente la natura di processo specifico. Il prof. Colombano ha interloquito esprimendo il proprio avviso, che nelle torsioni dell'idatide, non si abbia generalmente rialzo termico, che si ha invece nelle epididimiti; opinione non condivisa dal Moncalvi.

Dott. R. ASCOLI.

NOTIZIE DIVERSE.

7° Congresso internazionale d'infortunistica.

È preannunziato per il 1936, a Bruxelles. Tema unico: « Conseguenze remote dei traumatismi cranici » Sarà diviso in 4 parti: 1° Eziologia e sintomatologia, relat. Alterman (Stoccolma) e Stern (Cassel); 2° Anatomia patologica, rel. Pemfeld (Montreal); 3° Diagnosi, prognosi e valutazione, rel. Lippens (Bruxelles); 4° Trattamento, relatori Olier (Madrid), Martin (Bruxelles), Petit-Dutaillis (Parigi).

5° Congresso medico argentino.

Il prossimo Congresso Nazionale di medicina dell'Argentina si adunerà a Rosario nel 1934; tema generale: « L'amebiasi ». I lavori saranno ripartiti in 17 sezioni. Il comitato organizzatore è così composto: presidente Dr. Camillo Muniagurria; vice-presidente Dr. Enrique P. Fidanza; segretario generale Dr. Mario Vignoles. Rivolgersi alla Asociación Médica Argentina, Santa Fe 1171, Buenos Aires.

17° Congresso tedesco di dermatologia.

La « Deutsche Dermatologische Gesellschaft », che a causa della crisi aveva rimandato il convegno indetto per il 1932, si adunedà dal 6 all'8 giugno di quest'anno, a Vienna. Tema principale: « Cancro cutaneo »; relatori i proff. Maresch di Vienna e Miescher di Zurigo. Per informazioni rivolgersi ad uno dei segretari, Dr. A. Matras e Dr. J. Konrad, Allgemeines Krankenhaus, Alserstr. 4, Wien IX.

Congressi medici differiti.

Il 31° Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia, che doveva aver luogo a Bari dal 20 al 22 aprile, è stato differito al prossimo autunno, onde evitare che fosse contemparaneo al 3° Congresso della Lega italiana per la lotta contro il cancro, convocato a Roma dal 21 al 23 aprile. Rivolgersi al presidente del Comitato ordinatore, prof. P. Gaifami, direttore della Clinica ostetrico-ginecologica della R. Università, Bari.

Il 2° Congresso internazionale di microbiologia, che doveva aver luogo nell'estate del 1933, è stato rimandato al 1934, in considerazione della crisi

economica. Si prega di sottoporre per scritto le proposte concernenti i temi, i relatori e l'epoca stimata più conveniente tra luglio e settembre. Rivolgersi al presidente, Geh. Rat. Prof. M. Hahn, Institut Robert Koch, Föhrer Str. 2, Berlin N 65.

Settimana medica padovana.

Anche quest'anno, per iniziativa del Sindacato locale, verrà tenuta dal 21 al 28 maggio la « Settimana Medica » che lo scorso anno ha avuto tanto successo. I corsi saranno svolti dai professori della Facoltà medica, che hanno già dato il loro entusiastico assenso.

Prossimamente verrà reso noto il programma.

Settimana odontologica di Parigi.

Organizzata dal Sindacato dei chirurgi-dentisti di Francia e dall'Associazione generale sindacale dei dentisti di Francia col concorso della Scuola dentaria di Parigi e della Scuola odontotecnica, avrà luogo come negli anni scorsi al « Grand Palais », e precisamente dal 25 marzo al 2 aprile. Il Comitato ordinatore ha ottenuto una riduzione del 50 % sulle ferrovie francesi per gli aderenti, la moglie e le figlie degli aderenti. I lavori scientifici saranno integrati da distrazioni e ricevimenti. Per informazioni rivolgersi al segretario generale, Renault, avenue de Laumière 39, Paris (XIXe).

Scuola Superiore di Malariologia.

La Scuola terrà nel 1933, come di consueto, due corsi d'insegnamento: uno della Sezione tecnico-economica, l'altro della Sezione medica. Il primo si svolgerà dal 27 marzo al 14 maggio; il secondo dal 3 luglio al 16 settembre. I corsi consisteranno di lezioni, conferenze, esercitazioni, visite ed escursioni. Tassa di iscrizione L. 100; dovrà corrispondersi anche una quota di L. 200 per le gite. Domande (in carta bollata da L. 3) al Direttore; informazioni presso la Segreteria (sede: R. Istituto di Semeiotica Medica, Policlinico Umberto I, Roma).

All'Accademia d'Italia.

In una riunione della Classe di scienze fisiche si è discusso, tra altro, il tema per il Congresso « Volta » del prossimo autunno. La scelta è caduta sopra i problemi di scienze mediche e precisamente quelli di immunologia.

Corso di perfezionamento sull'allergia.

Avrà luogo nella Clinica medica di Madrid, diretta dal prof. C. Jiménez Díaz, dal 6 al 31 marzo. Non si accettano più di 20 iscrizioni. Per il programma e per le iscrizioni rivolgersi al Dr. B. Sánchez Cuenca, Hilárion Eslava 30, Madrid.

Conferenza.

L'1 febbraio, nell'aula della clinica medica di Bologna, ebbe luogo il terzo raduno chirurgico. Il prof. Mario Donati, della Clinica chirurgica di Milano, parlò sul tema: « Ulcera gastroduodenica », alla presenza di un foltissimo gruppo di professori, medici e studenti. Il prof. Donati ha eseguito poi due operazioni di ulcera gastroduodenica.

Riforma del Consiglio Superiore dell'Educazione Nazionale.

In una recente seduta, il Consiglio dei Ministri si è occupato della riforma dei Corpi Consultivi del Ministero dell'Educazione Nazionale.

Per quanto riguarda il Consiglio Superiore dell'E. N., resta stabilito che la sua funzione è quella di pronunziarsi sugli argomenti attinenti a tutti gli ordini di insegnamento, a norma delle vigenti disposizioni, e quando il Ministro ne richieda il parere. È composto di 52 membri, tra i quali, di diritto, il Segretario del Partito e vien diviso in sei sezioni, di cui la prima per l'istruzione superiore si compone di 17 membri. Dei 17 membri tre sono scelti tra persone designate dal Segretario del P. N. F.; uno fra Accademici designati dal Presidente della R. Accademia d'Italia; uno fra persone designate dal Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Questa Sezione ha una funzione preminente sulle altre. Essa rappresenta, infatti, l'unica garenzia per eventuali arbitrî delle Facoltà, che nella loro autonomia didattica esercitano poteri veramente eccezionali: la legge stabilisce per ciò l'obbligo del parere conforme del Consiglio Superiore per molte questioni.

Ugualmente alla prima Sezione spetta la convalida degli atti dei concorsi universitari, la modifica degli statuti delle Università, la formazione delle Commissioni per l'ordinariato, per le libere docenze, ecc.

Università internazionale estiva in Spagna.

Per la magnifica posizione, particolarmente gradevole di estate, si è pensato di trasformare il palazzo della Maddalena a Santander, già residenza estiva dei sovrani spagnoli, in Università internazionale estiva. Un comitato *ad hoc* ha proposto che tutti i « premi Nobel » e coloro che occupano il primo posto nelle diverse branche del sapere umano, siano invitati a tenere i corsi. Questi avranno luogo dal 15 giugno al 15 settembre.

Borse di studio a medici stranieri.

La Commissione per l'assegnazione delle borse di studio per medici esteri che frequentano l'Istituto « Benito Mussolini » in Roma, composta dai proff.: on. Morelli, on. Paolucci, Ilvento, Bocchetti, esaminati i documenti presentati da 42 candidati di varie nazioni, ha prescelto: Germania, dott. Joseph Stegmaier; Austria, dott. Joseph Bitschanau; Belgio, dott. Henri Durieux; Finlandia, dott. sig.na Irja Auer; Inghilterra, dott. C. Allan Birch; Romania, dott. Domitian Bacin.

L'« Union internationale contre le tuberculose » ha confermato la scelta. Al finanziamento delle sei borse di studio (L. 6000 per sei mesi, vitto e alloggio) hanno provveduto la Direzione generale di Sanità Pubblica e la Cassa nazionale per le Assicurazioni Sociali.

Elargizioni e legati.

Il dott. Gino Del Prete, zio dell'eroico trasvolatore, ha lasciato mezzo milione alla Congregazione di Carità di Viareggio, perchè essa provveda all'ingrandimento dell'ospedale cittadino, intitolato al nome dell'Eroe

Il comm. R Parascandolo ha lasciato un milione di lire all'Ospedale dei Pellegrini di Napoli, disponendo che la somma sia destinata ad una nuova sala ospedaliera, la quale sarà intitolata al suo nome.

Viaggi medici.

Una crociera è organizzata dal « Comité des Croisières médicales françaises » e si svolgerà dal 9 al 24 aprile, da e per Marsiglia; avrà per meta

la Sicilia, la Grecia, le coste dell'Adriatico, la Tunisia. Prezzo 1800 fr. in classe tourista, 2500-2900 in 1ª classe. Rivolgersi al Comitato predetto, rue Soufflot 9, Paris.

Due viaggi sono organizzati dalla « Société Médicale du Littoral Méditerranéen », d'intesa con la Facoltà medica di Marsiglia; il primo si svolgerà in Provenza e sulla Costa Azzurra, il secondo sulla Costa Azzurra; durata rispettivamente dal 10 al 18 aprile e dal 16 al 24 aprile; prezzi 1200 e 1000 franchi. Rivolgersi alla sede sociale, rue Verdi 24, Nice.

Onoranze al sen. Lustig.

Il Comitato esecutivo dell'Opera per gli invalidi di guerra ha tributato, a Firenze, solenni onoranze al suo benemerito presidente, sen. Alessandro Lustig. Il Comitato, nella sua prima riunione di quest'anno, ha offerto al Lustig le insegne di Gran Cordone dell'Ordine dei Santi Maurizio e Lazzaro, onorificenza conferitagli dal Re, su proposta del Capo del Governo In questa occasione il dott. Aurelio Nicolodi ha ricordato con commosse parole i meriti insigni e le altissime virtù civili dell'illustre scienziato, mettendo in particolar rilievo le grandi benemerenze da lui acquistate nell'assistenza agli invalidi di guerra, cui attende con illuminato fervore da quasi quindici anni.

Il sen. Lustig ha ringraziato il dott. Nicolodi per l'affettuoso omaggio che l'amministrazione dell'Opera ha voluto rendergli e ha formulato i più vivi auguri per gli invalidi di guerra.

Medico assolto.

I giornali hanno dato ampie notizie delle vicende giudiziarie del dott. prof. Alfonso Masotti di Bologna, processato perchè avrebbe applicato la radiumterapia valendosi, in parte, di... bottoni da polso. Il Tribunale di Bologna aveva condannato il sanitario, per truffa continuata, a 2 anni e 6 mesi di reclusione; la Corte d'Appello lo aveva assolto per insufficienza di prove. Contro questa sentenza avevano ricorso tanto il P. M., il quale chiedeva l'affermazione della responsabilità, quanto l'imputato, il quale chiedeva l'assoluzione con formula ampia. La Corte di Cassazione (II Sezione penale), su conforme parere del P. M., ha ora dichiarato estinta l'azione, per il decreto 6 novembre scorso

Processo contro un radiologo.

Ad Amiens un commerciante di apparecchi radio, sig. Briquet, aveva intentato un processo contro un radiologo, dott. Secret, il cui gabinetto è contiguo al negozio; egli sosteneva che gl'impianti radiologici disturbavano le audizioni degli apparecchi radio. Il Tribunale condannò a 2000 franchi di danni-interessi il radiologo; ma questi interpose appello, rilevando che egli nel frattempo aveva applicato un dispositivo isolatore. La Corte ha confermato la sentenza ed anzi ha elevato l'indennizzo a 5000 franchi La sentenza rileva che il dispositivo d'isolamento avrebbe dovuto essere applicato prima di provocare il processo.

È probabile che questo avrà un seguito in Cassazione, poichè il medico sostiene che non poteva applicare il dispositivo prima che gli fosse noto.

Contraffazione di medicinali.

Su denunzia del sig. Nicola Pizzo, procuratore del Laboratorio chimico-farm. Mayer di Napoli, diretto dal sig. Gaetano Mayer, sono stati arrestati il figlio di quest'ultimo, Carlo Mayer, e 3 complici, per contraffazione e spaccio abusivo del depurativo Mayer.

Cervello umano in viaggio.

Come ne hanno dato notizia i giornali quotidiani, è stata multata di 600 lire la signora Anna Linigliani vedova Dolcin, che viaggiava in un treno proveniente da Treviso diretto a Padova, recando nella borsa da viaggio, senza averne fatto denunzia, una boccia contenente un cervello umano, proprietà del figlio, studente in medicina.

Un monumento ad Holznecht.

È stato scoperto un monumento a Guido Holznecht, nel giardino dell'Ospedale Generale di Vienna. Lo Holznecht è stato uno dei più insigni promotori della radiologia medica; ne è stato anche un martire.

Inopinatamente, a soli 58 anni, in pieno vigore di vita e di attività intellettiva, è morto il prof. ALBERT LEMAIRE, che dal 1912 insegnava clinica medica all'Università di Lovanio.

Destarono vivo interesse i suoi lavori giovanili sull'ittero; poi egli si orientò verso l'ematologia: le nostre conoscenze sulle leucemie, sulla sintomatologia e sulla patogenesi delle porpore, sul trattamento delle anemie perniciose, si avvantaggiarono degli studi compiuti nella sua scuola. I suoi lavori sul compito della milza nella coagulazione del sangue, sul meccanismo degli stati emorragipari e degli stati anemici, condussero a risultati di un deciso valore pratico: così egli dimostrò per primo che la semplice legatura dell'arteria lienale può utilmente sostituire la splenectomia nel trattamento delle porpore. Fu lui il primo ad applicare ed a valorizzare in Europa l'epatoterapia. Ebbero larga eco anche i suoi studi sulla sensibilità viscerale e le deduzioni terapeutiche che egli ne trasse.

La sua vita mirò principalmente ad uno scopo: istruire: può affermarsi che molta parte dell'attuale generazione di medici belgi porti l'impronta del suo insegnamento.

Ma oltre allo scienziato e al maestro, con Lemaire dilegua un esempio di alta coscienza civile, d'integrità morale, di rettitudine senza limitazioni e sovratutto di profonda bontà, una dote che lo rendeva particolarmente amato ed ammirato dagli allievi e dai malati. A. P.

Il prof. R. T. COLLIMS è stato uno dei più eminenti oftalmologi dei nostri tempi; lascia il nome legato a contributi notevoli, sul glaucoma secondario, sulle malformazioni oculari congenite, sugli interventi operativi intraoculari. Il suo trattato di anatomia e patologia dell'occhio ebbe numerose edizioni e fu tradotto in varie lingue.

Egli raggiunse i più alti gradi accademici e i fastigi della professione.

Fu chirurgo oculista della Regina Vittoria e dello Scià di Persia. Consegnò le sue impressioni sulla Persia in un libro, ricco di osservazioni e compenetrato di umorismo, che ottenne molto successo. M.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Proc. R. Soc. Med., sett. — Discussione su: Profilassi e trattam. delle malattie reumatiche acute; anemie megalocitiche. Casistica.

Deut. Med. Woch., 23 sett. — Géronne. Neurosi iperalgesiche e reumatismo. — Kleinschmidt. Reni cistici e cisti renali.

Journal A. M. A., 10 sett. — J. B. Youmans. Edema endemico. — J. T. Mason. Trattam. conservativo della colecistite. — W. W. Anderson e R. L. Ware. L'anemia a emazie fusiformi. — A. H. Rowe. Emicrania allergica.

Journ. Méd. Franç., ag. — Numero sulle malattie professionali.

Rif. Med., 10 sett. — L. D'Amato. Nuove osservazioni sulla reaz. emoclasica nella sifilide. — M. Carravetta. La pressione media prima e dopo gl'interventi chirurgici.

Haematologica, V. — L. Grossetti. Ricerche comparative sugli effetti della somministraz. di fegato, stomaco e mucosa intestin. sull'anemia pernic.

Chinese Med. Journ., ag. — C. H. Chou. Degeneraz. familiare della cornea. — H. Yu e F. K. Chen. Cutireazione e recettività al colera.

Acta Rheumatologica, ag.-sett. — T. Tempka e A. Mester. Sintomi iniziali dei reumatismi cronici.

Chir. d. Org. di Mov., ag. — V. Putti. Prelussaz. congenita dell'anca. — A. Bomba. Lesioni da incidenti motociclistici.

Pediatria, 15 sett. — G. Genoese. Disturbi del sonno nella malaria dei bambini.

Surg., Gyn. a. Obst., sett. — W. B. Matthews e L. R. Dragstedt. Eziologia dell'ulcera gastroduod. — F. W. Cotni e S. Standard. Anestesia sotto-aracnoidea.

Semana Méd., 25 ag. — R. A. Izzo e A. Pangaro. Iperazotemia in alcuni stati comatosi.

Arch. It. di Chir., ag. — G. Costa. Invaginazioni intestinali in adulti — V. Pettinari. Partecipaz. del fegato nelle lesioni delle vie biliari.

München. Med. Woch., 23 sett. — Plaut. Sulla diagnosi di poliomielite. — Vogt. Bisogni vitaminici dell'organismo femminile.

Studium, 1° sett. — R. Rordorf. Edema da fame.

Minerva Med., 22 sett. — A. Chiauzzi. M. di Brill. — T. Calzolari. Trattam. delle ulcere varicose.

Mediz. Welt, 24 sett. — P. Ernst. Struttura e funzione. — T. L. Haering. Lo strumentario spirituale del medico.

Journ. Méd. de Lyon, 20 sett. — Numero di cardiologia.

Brit. Med. Journ., 24 sett. — G. P. Bidder, B. P. Wiesner. Senescenza.

Sem. Méd., 1 sett. — F. Gorriti. Le forze metapsichiche. — C. Tobar García. La reaz. di Kline. — C. M. Pérez Carlevaro. Accidenti e pericoli da elettricità.

Jornal dos Clin., 15 ag. — H. Póvra. Sindrome vascolo-sanguigna del fenomeno di shock.

Bull. Méd., 24 sett. — Numero di ostetricia.

Presse Méd., 24 sett. — A. Vaudremer. Sviluppo del bacillo della tbc.

Mediz. Klinik, 23 sett. — H. Assmann. Tbc. polmonare ematogena. — K. Renter. I metodi pericolosi d'interruz. della gravidanza.

Ann. de l'Inst. Pasteur, sett. — A. Calmette. Rapporti tra allergia e immunità nella tbc. — R. M. Taylor. Differenziazione delle brucelle.

Riv. San. Sicil., 15 sett. — U. Polerà e V. Castello. Azione delle acque sulfuree sul ricambio dei carboidrati.

Indice alfabetico per materie.

C. Frugoni, Red. capo. A. Pozzi, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XL — Roma, 20 Febbraio 1933 - XI — Num. 8

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PADOVA
diretto dal prof. ANTONIO GASBARRINI.

Può la vaccinazione antirabica modificare uno stato di sensibilizzazione allergica?

G. DOLFINI,
assistente e prof. incaric. di Batteriologia.

Nel periodo di un anno, mi è occorso di praticare l'iniezione antitetanica, a scopo profilattico, in tre pazienti morsi da cani affetti da rabbia o sospetti, che in precedenza avevano già subito una iniezione di siero (in due casi di siero antitetanico, nell'ultimo di siero antidifterico). Pur avendo eseguito l'iniezione senza alcuna delle precauzioni suggerite da diversi AA. (v. specialmente Besredka) per evitare fenomeni da siero, nessuno dei pazienti presentò il minimo segno di reazione da siero, nè locale, nè generale, nè immediata, nè tardiva.

Questo fatto mi parve degno di rilievo, in considerazione dell'alta frequenza con cui gli accidenti da siero sopravvengono negli individui in seguito ad una iniezione di siero, qualora essi abbiano ricevuto precedentemente, anche molti anni prima, un'altra iniezione di siero; frequenza di cui è convinto per esperienza qualsiasi medico pratico, e che è documentata dalle statistiche (cfr. von Pirquet, Lemaire, Martin e Darrè, Ustwedt). Per questo fui indotto a chiedermi se, per avventura, l'assenza di reazione da siero in tutti e tre i pazienti non potesse essere dovuta all'influenza della vaccinazione antirabica, istituita seduta stante. In altre parole mi prospettai il quesito se la vaccinazione antirabica potesse essere in grado di influire in qualche modo su manifestazioni allergiche in senso lato. Dall'analisi della letteratura non mi risultarono dati relativi a rapporti tra queste e la vaccinazione antirabica; raccolsi invece diversi dati che potevano rendere verosimile l'ipotesi da me avanzata, e che m'incoraggiarono a cimentarla sperimentalmente, prendendo intanto in conside-

razione l'influenza della vaccinazione antirabica sullo choc anafilattico. Mi limito ad accennare i principali:

1) *Lo choc anafilattico viene inibito dall'iniezione parenterale di lipoidi.* (Il vaccino antirabico non è altro che un'emulsione di midollo spinale di coniglio, ricca di lipoidi). Da diverse parti si è parlato esplicitamente di una « azione antianafilattica dei lipoidi ». Anzi, per mezzo di essa si è voluto spiegare (Seki) l'azione antianafilattica della narcosi, dimostrata da Besredka, e poi da altri AA. Ricordo: Banzhaf e Steinhardt riuscirono a proteggere la cavia dallo choc anafilattico, iniettando, sotto la cute o nel peritoneo, della lecitina, prima di procedere all'iniezione scatenante. Achard e Flandin confermarono questi risultati, mentre non ottennero alcun effetto dalle iniezioni di colesterina, di olio, di emulsioni di sostanza cerebrale. Dold e Rhein ottennero l'attenuazione e perfino la soppressione dello choc mediante l'iniezione parenterale di colesterina. Jobling e Petersen osservarono attenuazione dello choc anafilattico della cavia, mediante iniezioni ripetute di lipoidi del siero, disciolti in olio. Duprez ottenne inibizione dello choc nella cavia, mediante iniezione endovenosa di estratto lipoideo di cuore di vitello emulsionato in soluzione fisiologica. Lumière e collaboratori riscontrarono attenuazione dei fenomeni dello choc in cavie sottoposte ad iniezioni sottocutanee di colesterina disciolta in olio.

Invece Polettini non ha osservato nessuna influenza nello choc della cavia e del coniglio iniettando endovena lecitina emulsionata in soluzione fisiologica.

2) *La reattività di un animale preparato con un antigene* A, *viene ridotta dal trattamento con un antigene* X. Così risulta dalle osservazioni di numerosi AA. (cfr. Kolle e Wassermann, 3 Auflage, Bd. I, S. 89). Nel caso che ci interessa, la reattività del paziente preparato con l'antigene siero, verrebbe ridotta dal trattamento con l'antigene vaccino antirabico. Che il vaccino antirabico abbia effettivamente azione antigene risulta dalle prime osservazioni di Frugoni e Gargano e dalle ricerche di Chini e di Melli.

3) *La vaccinazione antirabica è capace di influire nell'intensità di un processo di immunizzazione.* A riprova di ciò ricordo i vecchi esperimenti di Pick e Schwartz nella vaccinazione antitifica, ripresi affatto recentemente da Nicolau e collab. Dati i rapporti tra i processi immunitari e anafilattici, nulla di più probabile che anche questi ultimi possono venire a loro volta influenzati dalla vaccinazione antirabica.

*
* *

Istituii una serie di esperienze nell'animale di scelta per le ricerche dell'anafilassi, la cavia. Il giorno 11 luglio 1932 iniettai sottocute a 12 cavie di sesso maschile, del peso oscillante tra 250 a 400 gr. cmc. 0,50 di siero di cavallo; il giorno seguente ripetei l'iniezione. Le cavie furono quindi divise in tre lotti (di 4 animali ciascuno). Al primo praticai a giorni alterni l'iniezione sotto la cute dell'addome di 1 cmc. di vaccino antirabico fenicato (preparato secondo Puntoni, come si suole nel nostro Istituto Antirabico); al secondo lotto praticai, nelle identiche dosi, una emulsione di midollo di conigli sani, preparata come il vaccino antirabico; il terzo lotto di cavie sensibilizzate non fu sottoposto ad alcun trattamento, e servì di controllo. Tutti gli animali tenuti nelle identiche condizioni di vita, crebbero regolarmente di peso, e vivaci come di norma; soltanto nelle cavie del primo e secondo lotto si osservò nei punti nei quali venivano eseguite le iniezioni, una modica reazione locale (edema, infiltrazioni).

Il 31 luglio 1932 (cioè 20 giorni dopo le iniezioni sensibilizzanti e per le cavie del primo e secondo lotto, dopo 9 iniezioni di emulsione di midollo, rispettivamente con virus fisso, e normale), fu eseguita l'iniezione scatenante intracardiaca, di un cmc. di siero di cavallo. Se si eccettua una cavia del primo lotto, in cui l'iniezione di prova fallì, e una del terzo lotto che morì di emopericardio (controllato all'autopsia) tutte le altre presentarono sintomi di choc tipico, mortale in tutti i casi.

Pertanto, sia le iniezioni sottocutanee di emulsione di midollo di coniglio, sia quelle di vaccino antirabico, non dimostrano alcuna influenza sullo choc anafilattico della cavia.

*
* *

Questi risultati permettono, mi sembra, due deduzioni:

La prima, in ordine al cosiddetto potere antianafilattico dei lipoidi, che risulta tutt'altro che costante, e che in complesso sembra più legato allo stato fisico del lipoide e alla via, oltre che al momento, d'introduzione nell'organismo, piuttosto che alla natura lipoidea in sè, e alle diverse specie di lipoidi. Sicchè insorge legittimo il sospetto che questo potere dei lipoidi non abbia nulla di misterioso, o per lo meno di specifico, e rappresenti semplicemente uno dei tanti ed eterogenei mezzi di

attenuazione aspecifica dello choc sperimentale (cfr. iniezione di colloidi, di colori vitali, digiuno, avitaminosi, intossicazioni ecc.).

La seconda deduzione riguarda il quesito che offrì lo spunto alle mie ricerche, se cioè la vaccinazione antirabica possa inibire le manifestazioni della malattia del siero. La risposta sarebbe senz'altro negativa, se lo choc anafilattico della cavia fosse completamente identificabile con la malattia da siero dell'uomo; ma siccome così certo non è, si deve concludere che il problema è non definitivamente risolto, e merita l'attenzione di coloro che hanno possibilità di raccogliere una casistica, il più possibile numerosa, di pazienti precedentemente iniettati con sieri immuni, e sottoposti in seguito a sieroterapia antitetanica e contemporaneamente a vaccinazione antirabica.

RIASSUNTO.

Prendendo lo spunto da osservazioni cliniche, l'A. ha istituito delle esperienze, dalle quali è risultato che le cavie trattate con vaccino antirabico, e così pure con emulsione di midollo spinale di coniglio normale, presentano, al pari dei controlli, un tipico choc da siero. Vengono svolte in compendio brevi considerazioni sul cosidetto « potere antianafilattico dei lipoidi ».

RICHIAMI BIBLIOGRAFICI.

ACHARD e FLANDIN. C. R. Soc. Biol., t. 63, p. 91, 1911.
BANZHAF e STEINHARDT. The Journ. of Med. Res., 1910.
BESREDKA. *Le choc anaphylactique et le principe de le désensibilisation.* Masson, Paris, 1930.
CHINI. Minerva Medica, 1928, II, p. 1353 e p. 1373.
COMBA. *Anafilassi da siero in « Anafilassi »,* Lezioni J. S. M., 1923.
DOLD e RHEIN. Zeitschr. f. Imm. forsch. (Orig.), Bd. XX.
DUPREZ. C. R. Soc. Biol. T. 86, p. 285, 1922.
FRUGONI e GARGANO. Rivista critica di Clin. Med., n. 9, p. 129, 1911
JOBLING e PETERSEN. The Journ. of exp. Med., vol. XX, n. 5, p. 468, 1915.
KOLLE e WASSERMANN. Handbuch d. path. Mihrorg. 3ª Auflage, Bd. I, S. 89.
LEMAIRE. Cit. da COMBA.
LUMIÈRE, GRANGE e DUBOIS. C. R. Soc. Biol., T. CVII, pag. 159, 1931.
MARTIN e DARRÈ. Cit. da COMBA.
NICOLAU, CRUVELHIER e KOPCIOWSKA. C. R. Società Biol. T. CX, n. 22, p. 533, 1932.
PICK e SCHWARTZ. Biochem. Zeitschr., 1909.
PIRQUET (von). Cit. da COMBA.
POLETTINI. Boll. J. S. M., vol. V, f. 3, p. 163, 1926; vol. VI, f. 2, p. 93, 1927.
SEKI. Zeitschr. f. Imm. forsch. Bd. 40, S. 1, 1924.
USTWEDT. Cit. in KOLLE e WASSERMANN. 3 Aufl., Bd. I, p. 923.
WEAWER. Cit. da COMBA.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

R. Clinica Chirurgica dell'Università di Perugia.
Direttore: Prof. LEONARDO DOMINICI.

Cisti dermoide del legamento rotondo.

Dott. ANDREA DE VINCENTIIS, assistente

Le neoplasie del legamento rotondo hanno suscitato sempre interesse negli studiosi, sia per la loro rarità che per la molteplice varietà di forme, ed il loro studio ha portato un notevole contributo sulla genesi dei tumori di tutto l'apparato genitale femminile. Esse sono state anche variamente classificate, innanzitutto bisogna ricordare la classificazione del Taddei, che si è occupato molto di questa parte della oncologia. Questo A. infatti ne distingue 5 classi:

1) tumori di origine connettivale e muscolare: fibromi-fibromiomi; lipomi; sarcomi;
2) tumori di origine vascolare: emolinfangiomi;
3) tumori misti (fibro-epiteliali): adenomiomi; fibro-adenomi;
4) tumori epiteliali: cisto-adenomi; carcinomi;
5) cisti dermoidi.

Dalla casistica raccolta dall'A. (113 casi) i più frequenti sono risultati i fibromi ed i fibromiomi (più del 50 %). I più rari invece sono gli emolinfangiomi, i carcinomi ed in ultimo le cisti dermoidi. Oltre la classificazione del Taddei, che è, anche la più razionale dal punto di vista anatomo-patologico, abbiamo quella del Sänger, il quale distingue i tumori del legamento rotondo in intraperitoneali, intracanalicolari, extraperitoneali ed in parieto-addominali, divisione essenzialmente di sede senza tener conto alcuno dell'elemento istologico. Il Guinard invece li divide in addominali-intraparietali-extraaddominali, mentre Uebesky, in modo molto più semplice, distingue 2 soli gruppi: intrapelvici-extrapelvici.

Un primo lavoro sui tumori del legamento rotondo è di Virchow nel 1877. Il Bürst (1891) ne raccoglie 14 casi, dimostrando come solamente 3 volte fu fatta l'esatta diagnosi prima dell'intervento.

Delbet ed Herescko (1895) sfogliando tutta la letteratura non potettero riunirne che sedici. Nabescky su 57 casi ha trovato 2 cisti dermoidi, mentre Emanuel su 76 casi non ne ha trovata nessuna. Nel 1909 il Taddei in una sua bella monografia raccoglie 113 neoplasie del legamento rotondo, altri 8 furono descritti nel 1910, e fino ad oggi la letteratura ne registra circa 200, cifra di certo non molto elevata, e

questa scarsezza di osservazioni forse può dipendere in parte dalle difficoltà diagnostiche che tale affezione presenta. Le forme maligne sono molto rare, e fino al 1924 sono stati raccolti 6 casi di sarcoma e 3 di carcinoma. Oltre questi ne sono stati descritti anche altri, ma tutti riguardanti forme di fibromi degenerati in sarcoma (Taussig di Saint-Louis ne ha trovati 10 casi).

Varie sono le teorie per spiegare la genesi di questi tumori.

Quelli epiteliali, e precisamente i cistoadenomi da alcuni vengono considerati come semplici cisti riempite di liquido, dovute ad un irregolare sviluppo o del canale di Nüch (idrocele muliebre) o del legamento rotondo (idrope del leg. rotondo). Infatti questo embriologicamente è una cavità circoscritta da fibre muscolari, e non obliterandosi completamente possono in esso persistere degli spazi, i quali in un secondo tempo si riempiono di liquido.

I principali sostenitori di questo modo di considerare tali neoplasie sono Courant, Gottschalk, Vasmer. Il Broca dà molta importanza all'agente traumatico, a cui la regione inguinale di sovente va soggetta, innanzi tutto ricorda l'azione traumatica che esercita l'utero gravido con la conseguente stasi venosa del plesso che accompagna il legamento rotondo, onde può derivarne una trasudazione di siero che viene a riempire qualche parte del legamento rotondo rimasta pervia. Ma contro tutte queste teorie rimane sempre la più accreditata quella del Recklinghausen, il quale avrebbe dimostrato istologicamente come tali sacchi di liquido del legamento rotondo non sono altro che neoformazioni cistiche adenomatose, originate da elementi ghiandolari del corpo di Wolff in esso inclusi. Tra i tumori di origine connettivale i più comuni sono i fibromiomi, sebbene casi di fibromi puri siano stati descritti da Sänger-Emanuel. Questi fibromiomi sono considerati simili a quelli uterini, e la teoria per spiegare la loro origine è quella vascolare, la quale ammette come alcuni tessuti per i continui disturbi di circolo, a cui mensilmente vanno soggetti gli organi della sfera genitale femminile, possono, stimolati, entrare in attività neoformativa. Il Ferroni li spiega con un germe epiteliale, che stimolerebbe gli altri elementi fibro-muscolari, i quali reagirebbero prima iperplasticamente, poscia neoplasticamente. In alcuni fibromiomi sono state riscontrate fibre muscolari striate, che deriverebbero dal fascio di Rouget, posto nella parte extrainguinale ed intracanalicolare del legamento rotondo. Un caso di questi fibromiomi con muscolatura striata ci è stato lasciato da Aichel. I cistoadenomi, della cui origine poco prima abbiamo parlato, possono essere situati su tutto il tragitto inguinale del legamento rotondo, cioè dall'estremo uterino fino al grande labbro; possono essere sessili o peduncolati, raggiungere grandezza e peso vari. Per lo più hanno la grandezza d'un uovo di gallina, sebbene Leopold ne abbia descritto uno del peso di Kg. 12, hanno superficie liscia, son ben circoscritti, e di rado divengono aderenti ai tessuti circostanti. Questi tumori cistici possono essere multiloculari con una cavità molto voluminosa, in cui stanno altre cisti più piccole. A causa dei traumi e della congestione periodica degli organi genitali possono andare soggetti ad emorragie ed a processi infiammatori lenti o acuti. Del tutto diverse sia dal punto di vista etiologico che anatomopatologico a queste cisti adenomi sono le cisti dermoidi del legamento rotondo, di cui nella nostra clinica è occorso un caso, la cui illustrazione è stata a me affidata dal mio maestro prof. Dominici. Queste cisti dermoidi sono molto rare; il Taddei nella sua monografia fra 113 neoplasie ne ha riportate solamente 3: uno di Cushing, uno di Martin ed un altro di Fischer. Amann ne ha descritto un altro caso, così pure Kepler. Pestalozza al 13° congresso della Società Italiana di Ostetr. e Ginecologia presentò un tumore dermoide a sede nel canale inguinale che giungeva col polo inferiore fino al grande labbro. Il contenuto di aspetto cretaceo, era dovuto evidentemente a desquamazione di elementi epiteliali. Il tumore era rivestito verso l'interno da un epitelio pavimentoso stratificato. Quindi fino al 1915 dei casi in tutto, di cui tre situati nel canale inguinale. Dal 1915 fino ad oggi, sfogliando la letteratura, sporadicamente se ne trova qualche altro caso, per cui rimane sempre un'affezione estremamente rara. Per spiegare l'origine di queste cisti dermoidi si è fatta anche una distinzione con quelle ovariche, perchè mentre nelle prime rinveniamo solo la cute coi suoi annessi, nelle seconde invece sono rappresentati i tessuti di tutti e tre i foglietti germinativi, cosicchè si tratta o di embrioma o di teratoma. Come per tutte le altre cisti dermoidi il parere degli Autori è concorde circa la loro origine, spiegandole con un infossamento dell'ectoderma durante la vita intrauterina.

CASO CLINICO. — V. Maria, di Giuseppe, di anni 19, nubile, di Montebello (Perugia). Entra in Clinica il 14-V-1932.

Nulla di importante nel gentilizio. Quintogenita, nata da parto eutocico, ha avuto allattamento materno, normali i primi atti fisiologici. Mestruata a 15 a. i flussi sono stati sempre regolari per ritmo, qualità, quantità, spesso però erano alquanto dolorosi.

Delle malattie pregresse è da ricordarsi una polmonite, sofferta a 10 anni, e guarita in pochi giorni completamente. La malattia attuale risale a circa nove anni fa, epoca in cui la paziente si accorse d'una piccola tumefazione nella regione inguinale destra, della grandezza d'una noce che non le procurava alcun disturbo, non ha avuta mai febbre, nè tosse. L'urinazione s'è mantenuta sempre normale, così pure le mestruazioni, sebbene fossero dolorose. La detta tumefazione non è stata mai dolente, e s'è mantenuta sempre della stessa grandezza fino a circa un anno fa, periodo in cui ha incominciato ad aumentare di volume fino a raggiungere la grandezza attuale d'un uovo di gallina, ed è diventata anche alquanto dolente, specie durante la deambulazione prolungata. Per questa sintomatologia la paziente ha chiesto ricovero in clinica, dove è entrata il 14-5-1932.

Esame obbiettivo. — Condizioni generali ottime, sensorio integro, decubito indifferente, cute e mucose visibili bene irrorate, pannicolo adiposo piuttosto abbondante, sistema muscolare bene sviluppato, sistema scheletrico normale. Non si palpano ghiandole nelle varie regioni.

E. O. speciale. — In corrispondenza della zona compresa fra l'orificio inguinale esterno di destra ed il grande labbro dello stesso lato si nota una tumefazione di forma e volume d'un uovo di gallina, divisa in due da un piccolo solco superficiale, di superficie liscia ed a limiti molto netti. Con la palpazione si riconfermano i dati osservati all'ispezione. La consistenza è molle elastica. La cute al disopra della tumefazione è spostabile e sollevabile in pliche, mentre la tumefazione si sposta trasversalmente, non dall'alto in basso, è indolente, non riducibile, non aumenta nella stazione eretta, nè si modifica affatto con la contrazione dei muscoli addominali, nè sotto i colpi di tosse. Studiando i rapporti col canale inguinale si ricava che la tumefazione si arresta al di fuori del suo orificio esterno senza prolungarsi nel cavo.

FIG. 1.

Data la verginità della paziente non si può praticare l'esplorazione dell'apparato genitale.

Esame dell'urina: negativo.

Esame degli altri apparati: nulla di anormale.

Diagnosi: Cisti del legamento rotondo.

Operazione (18-5-1932). Rachianestesia positiva Incisione lungo il canale inguinale destro fino al grande labbro, ed apertura del canale. La tumefazione si continua in alto ed in basso col legamento rotondo. Si seziona questo legamento sopra e sotto la tumefazione, e si fissa il suo moncone centrale attraverso i muscoli e la aponeurosi in vicinanza della spina del pube. Ricostruzione alla Bassini del canale, e sutura per primam.

Decorso post-operatorio normale, guarigione *per primam.*

Esame macroscopico. — Il tumore ha le dimensioni di un uovo di gallina ed è delimitato da una capsula a superficie liscia, che presenta nel centro un piccolo solco superficiale. Aperta la capsula si constata che la tumefazione contiene una sola cavità, la quale è riempita da una sostanza poltacea, densa costituita da sebo con pochissimi e finissimi peli.

Esame microscopico. — Si prelevano delle sezioni in punti diversi della parete cistica, che si fissano in alcool assoluto ed in formalina al 10 %. Colorazione dei preparati con ematossilina-eosina, e col metodo Van-Gieson pel connettivo.

Al microscopio si osserva che la parete cistica è tappezzata internamente da un tessuto che ha

FIG. 2. — Parte della parete della cisti.
a, epidermide; *b*, derma.

i caratteri dell'epidermide e del derma. Infatti l'epidermide è costituita da un primo strato di cellule piatte, cornee, prive di nucleo, che divengono cilindriche procedendo negli strati più profondi. Il derma presenta numerose papille, sezioni di vasi, e fasci connettivali frammisti a numerosi elementi muscolari lisci. Inoltre si osservano formazioni ghiandolari a forma di pera, circondate da tessuto connettivo lasso, le quali sono costituite da cellule grosse, di forma prevalentemente poligonale, ricche di protoplasma finemente granuloso, provviste di un nucleo posto eccentricamente. Si tratta di ghiandole sebacee, di cui diversi

preparati sono ricchi, mentre è evidente la mancanza di ghiandole sudoripare. In qualche preparato si è riuscito a colpire sezioni di bulbi piliferi. Nella parte più esterna della cisti separati da connettivo si fanno più numerosi i fasci di fibre muscolari lisce, che il Fischer ed il Maccabruni fanno derivare dalla muscolatura liscia del legamento rotondo.

FIG. 3. — A: Ghiandola sebacea.

Diagnosi istologica: *Cisti dermoide del legamento rotondo.*

Dopo la descrizione di questo raro caso clinico non mi sembra superfluo accennare alla sintomatologia che queste neoplasie del legamento rotondo possono dare, presentando esse dal lato diagnostico sovente le più ardue difficoltà. Infatti sfogliando tutti i casi che la letteratura riporta è unanime il parere degli AA. a riguardo, e spessissimo la diagnosi non fu fatta che al tavolo operatorio.

SINTOMATOLOGIA.

Subbiettivamente. Trattandosi di tumori quasi sempre benigni il decorso è lento, spesso di decenni (nel nostro caso la paziente era portatrice della cisti, quando si presentò in clinica, già da nove anni). Per lo più i disturbi che apportano, purchè essi non raggiungano grandi dimensioni e non siano intrapelvici, sì da far risentire la loro presenza sia sulla vescica che sul retto, non sono intensi. Molto importante è la loro dolorabilità durante le ricorrenze mestruali, che le pazienti tengono a rilevare all'esame medico. Questi dolori, localizzati prevalentemente nella regione inguinale, possono irradiarsi alla regione lombare, alla coscia, al ginocchio.

Obbiettivamente. Innanzi tutto bisogna distinguere se il tumore è *extrapelvico* o *intrapelvico*. Nel primo caso occupa la regione inguinale, per lo più in corrispondenza dell'orificio inguinale esterno di grandezza variante da una noce ad un'arancia, sessile o peduncolato, spostabile in senso trasversale e non in senso longitudinale. Durante le mestruazioni oltre la maggiore dolorabilità la tumefazione aumenta spesso di volume, a causa forse della congestione a cui va soggetto tutto l'apparato genitale femminile. La superficie è liscia, la consistenza molle elastica; e se non vi sono processi infiammatori non contrae aderenze coi tessuti vicini. Non è riducibile, e l'orificio del canale inguinale si presenta talvolta sfiancato, dilatato.

Se il tumore è *intrapelvico* la sintomatologia è diversa. Infatti se la tumefazione è di modica dimensione può passare completamente inosservata, e solamente i disturbi che l'inferma accusa nelle mestruazioni possono richiamare l'attenzione del medico su un tumore endoaddominale. In tal caso all'esplorazione combinata si palpa una tumefazione che è indipendente dall'utero, e posto *avanti ad esso* (carattere questo molto importante). Aumentando di volume l'addome si deforma, e si possono avere, a causa della compressione, ascite, disturbi vescicali e della defecazione.

Diagnosi. Come la sintomatologia di conseguenza anche la diagnostica differenziale varia a seconda della sede del tumore.

Se è extrapelvico. La non riducibilità, la mancanza dei disturbi dell'apparato digerente e la dolorabilità durante le mestruazioni sono questi tutti caratteri che lo differenziano da da un'ernia.

Per un *epiplocele irriducibile* sta contro la consistenza molle elastica, mentre in quest'ultimo è fibrosa, inoltre nell'epiplocele, specie nei soggetti magri, si palpa un cordone che si continua nella cavità addominale.

L'ernia vescicale irriducibile dà sempre accentuati disturbi vescicali, e facendo trattenere l'orina alla paziente aumenta notevolmente di volume. Nell'incertezza una cistoscopia può togliere qualsiasi dubbio.

Una tumefazione da *adenopatia* non ha per lo più superficie liscia, bensì bernoccoluta, non si sposta affatto, o si sposta in tutti i sensi, e se è secondaria esiste sempre una lesione primitiva che spiega la sua esistenza.

Una cisti della *Ghiandola di Bartolini* occupa la porzione inferiore del grande labbro e non ha alcun rapporto con la regione inguinale, mentre questa sede è rarissima per le cisti del legamento rotondo.

Non ci sono caratteri netti differenziali e riesce quindi impossibile una diagnosi sicura tra cisti dermoide ed un idrocele muliebre ed

un'idrope del legamento rotondo (dovuti entrambi alla mancata obliterazione del canale di Nüch o del legamento rotondo).

Per un'ernia dell'*ovaia* molto importante è la sensibilità tutta speciale di quest'organo, mentre se l'ernia è a *carico dell'utero* oltre i forti dolori mestruali all'esplorazione vaginale si riscontra subito la sua accentuata deviazione (del resto queste lesioni sono molto rare).

Se il tumore è intrapelvico. Il primo quesito da risolvere è se si tratta di un tumore della ovaia, e precisamente d'una cisti ovarica. Ma questa neoplasia oltre le maggiori dimensioni e la sensibilità specifica dell'organo, è fluttuante, spesso produce ascite, ed è posta quasi sempre dietro l'utero (carattere molto importante), mentre le cisti dermoidi del legamento, come del resto tutti i suoi tumori, sono sempre situati *davanti l'utero.* Non abbiamo caratteri netti per i tumori del legamento largo, quindi è facilissimo lo sbaglio con essi.

Per un *fibroma uterinò* stanno le metrorragie che non mancano quasi mai, e l'intimo rapporto che la neoplasia ha con l'utero.

*
* *

Come appare chiaro da questo quadro molto sintetico di diagnostica differenziale la diagnosi di cisti dermoide del legamento rotondo, data anche la sua estrema rarità, non è affatto facile; però quando l'affezione che si ha in esame non ha nulla da poter ricordare una delle comuni tumefazioni della regione inguinale, e dando giusto valore ai suoi sintomi obbiettivi più importanti, basta allora pensarci perchè non tanto facilmente si possa errare. Il decorso, come ho già detto, è sempre molto lento, e spesso evolve per decenni senza dare segno di sè. Qualche A. (Taddei) attribuisce molta importanza come causa predisponente di tali cisti dermoidi del legamento rotondo al fattore trauma, ma il suo parere non è condiviso da altri. L'unica cura è l'intervento chirurgico.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di cisti dermoide del legamento rotondo a sede fuori dell'orificio esterno del canale inguinale occorso nella R. Clinica Chirurgica di Perugia, e prende le mosse da questo caso clinico per dare un rapido cenno su tutti i tumori più frequenti del legamento rotondo, non trascurando peraltro la parte della sintomatologia e della diagnostica differenziale.

BIBLIOGRAFIA.

GRISOLLI. Archivio Ital. di Ginecologia, 1898.
COLLOCA. La Ginecologia, 12, 1908.
FERRONI. Archivio di Ostetr. e Ginec., 1903.
GASPARINI. Riforma Medica, 1908.
LECENE. *Fibromioma del leg. rotondo.* Annali di Ost. e Ginec., n. 12, 1909.
DI FAZIO. *Contributo alla casistica dei tumori del leg. rotondo.* Archivio di Ostetr. e Ginec., serie 2ª, vol. 9°, 1924.
PESTALOZZA. Atti della Società Ital. di Ostetr. e Ginecologia, 1907.
BECCHERLE. *Su di un caso di tumore extrapelvico del leg. rotondo.* Policlinico, Sez. Chirurgica, 1914.
CALZAVARA. *Tbc. in fibromioma uter. e adenomioma tubarico del leg. rotondo. Formaz. ossee del leg. rot.* Arch. Ital. di Chirurgia, vol. 9°.
HICHEL. *Tumeur extrapelv. del leg. rotondo.* Zent. f. Gyn., 1924, n. 19.
LAHM. *Ein Dermoidkystom des lig. rotondo.* Zent. f. Gyn., 1924, n. 10.
LOMBARDI. *Contributo su un caso di tumore del leg. rotondo.* Riforma Medica, 1924, n. 42.
CLIVIO. Atti della Società Ital. di Ost. e Gin., 1927.
MARTA. *Idrocele cistico e tumore del leg. rotondo.* Riforma Medica, 1924-5.
PESTALOZZA. *Attualità.* Rivista di Ostetr. e Ginec. pratica, 1922, n. 5-9.
SOLI *Un caso di fibromioma extra-addominale del leg. rot.* La Ginecologia moderna, 1912.
SKUSCH. *Tumeur des lig. rot.* Zent. f. Gyn., 1924, n. 1914.
TADDEI-CELSO. *Sui tumori della reg. ing. della donna.* La Clinica Chirurgica, 1910.
VAUTRIN. *Considérations sur les tumeurs kistique.* Annales de Gyn. et Obst., 1913.
MESSA. *Ginecologia,* 1912.
VERCESI. *Contributo allo studio dei tumori del leg. rotondo.* Folia Ginecologica, vol. 20°.
POSO. Archivio di Ostetr. e Ginec., 1874.
GUICCIARDI. La Ginecologia, fasc. II, vol. 7°, anno 1910.
MACCABRUNI. *Cisti dermoide del canale inguinale in connessione col leg. rotondo.* Annali di Ost. e Gin., 1915.
DE PAOLI. *Contributo alla patologia del leg. rot.* Archivio Ital. di Ginecologia, anno 1902-3, n. 6.
LAVIANO. *I tumori del leg. rotondo dell'utero.* Rivista di Ostetr. e Ginec., 1926.

RIVISTE GENERALI.

CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretta dal prof. C. FRUGONI.

Studi ed esperienze sulle infezioni focali

Dott. MARCELLO LUSENA, aiuto e docente.

(Continuazione e fine; v. num. 4).

Che molte manifestazioni oculari siano in rapporto con lesioni dentarie sinusali, tonsillari, ecc., è ammesso oramai da moltissimi (Hensen, Edgerton, Arganäraz, Lehman, Hunter W., Scarlett, Mc. Callan, ecc.). La letteratura è molto ricca di queste associazioni. Parecchi ricercatori (Rhodes e Apfelbach, Haden, Rosenow e Nickel, Benedikt, von Lackum e Nickel, Irons e Brown) hanno riprodotto le lesioni sperimentalmente.

Oltre le infezioni focali in genere, queste malattie toccano da vicino il campo dell'infezione reumatica. Infatti dobbiamo considerare che molte iriti, iridocicliti, cheratiti, neuriti ottiche e neuriti retrobulbari sono ritenute reumatiche, per il fatto che l'azione del freddo e dell'umido le risveglia e le peggiora e sono sensibili ai trattamenti antireumatici come tutte le altre forme reumatiche alle quali, del resto, vanno molto spesso associate.

Per quanto riguarda i rapporti col reumatismo, la posizione di alcune neuriti ottiche e retrobulbari si è alquanto spostata da quando si è visto essere spesso di origine sinusitica. Secondo il mio parere, ciò, almeno in alcuni casi, non è perfettamente giusto, in quanto la sinusite stessa può essere talvolta considerata come una forma reumatica e spesso si tratta di stati infiammatori consecutivi a raffreddori. Siamo dunque in quel campo. L'attribuzione alla sinusite di neuriti ottiche è andata aumentando da quando, con la radiografia, si fanno diagnosi che prima non erano possibili.

I professori Di Marzio e Ferreri riferiranno in questi giorni al Congresso di Bologna su molti casi di neurite ottica guariti dopo l'intervento sui seni specie mascellari e etmoidali ed io sono stato informato gentilmente dai relatori stessi.

E' interessante il fatto che alcuni casi, clinicamente e radiologicamente negativi, apparvero positivi solo all'operazione, cioè la mucosa appariva infiltrata, ma tre non presentarono nulla di obbiettivo, nemmeno all'operazione e pure furono fortunati.

E' certo, in ogni modo, che le sinusiti generatrici di neurite ottica sono spesso straordinariamente leggere e non paiono avere altra importanza oltre quella che proviene da questi concetti sulle lesioni oculari.

Si tratta, insomma, molto spesso, non di fatti suppurativi o fortemente infiammatori, ma di congestioni e di infiammazioni croniche e subdole.

Sul meccanismo di queste neuriti non regna l'accordo, perchè alcuni credono si tratti di lesioni da contiguità, da compressione per congestione del canale ottico, o da infezioni del nervo ottico per mezzo dei vasi comunicanti. Mi basta accennare al fatto che in realtà il problema non si può dire pacificamente risoluto e quindi è degno di considerazione il nuovo aspetto sotto il quale lo mostrerà la teoria dell'infezione focale.

Lo stesso può dirsi per molte iriti e neuriti che sono sostenute da lesioni dentarie e guariscono togliendo i denti malati, sembra in quanto la lesione dentaria teneva viva una sinusite. Questo è oggetto di un lavoro in corso di pubblicazione su cui gentilmente mi ha informato l'illustre prof. Di Marzio.

Gli AA. americani hanno lavorato con materiale proveniente qualche volta da sinusiti, di solito da denti. Io, per maggior comodità, non avendo sempre l'opportunità di disporre dei denti malati, ho lavorato con materiale da sinusiti qualche volta, ma generalmente da gola e tonsille. Molto probabilmente posso attribuire a questo un certo vantaggio nel senso che la specificità nei miei esperimenti è molto più alta che in quelli americani. Già quegli AA. hanno notato nelle localizzazioni oculari un coefficiente di specificità così alto da assicurare in pieno il valore all'esperimento. Perchè lesioni oculari in animali iniettati con germi provenienti da pazienti affetti da malattie extraoculari si verificano secondo vari AA. in percentuali variabili dal 2-3 per cento fino al massimo del 14 %, sempre scarsissima in confronto del 50-70 % in quelli iniettati con germi da malati di occhi.

Io, sommando le parecchie centinaia di conigli da me esaminati, con quelli esaminati per le ricerche sopra indicate da Chini e Magrassi dal 1930 ad ora, credo di avere una frequenza di lesioni oculari da sorgente aspecifica forse di 1-2‰ e un caso di infezione oculare aspecifico lo ebbi con colture da dente granulomatoso di persona sana. I casi da me studiati sono 12, con nove risultati positivi. I conigli iniettati 53 con 27 colpiti da localizzazione oculare.

Si trattava di due casi di neurite retrobulbare da sinusite, uno di atrofia del nervo ottico probabilmente da infezione reumatica, senza sinusite, con faringo-tonsillite. Gli altri erano iriti, iridocicliti qualificate come reumatiche. Notevole il fatto che la maggior parte di questi iritici reumatici (e ciò ho osservato anche in altri casi sui quali non ho avuto opportunità di esperimentare) presentano faringotonsillite cronica e non di rado informano che le esacerbazioni oculari sono più frequenti « quando la gola dà loro noia ». Qualche volta e, come sovente hanno notato gli americani, hanno anche mialgia o artriti, disposte come le forme oculari ad associarsi in ogni esacerbazione, proprio a tipo di vere *poussées* reumatiche. Non ebbi l'opportunità di ottenere dei denti. Per lo più si tratta di soggetti colla bocca in disordine.

Io facevo prelevamenti dalle tonsille per spremitura e tutto il resto colla tecnica già descritta. Si usano conigli albini in quanto si prestano meglio all'osservazione. Non mi risulta da un numero molto grande di animali iniettati che tali albini siano più suscettibili degli altri alle localizzazioni oculari. Dico questo perchè, essendomi nato tale dubbio, lo risolsi usando per un certo tempo sempre albini per tutti gli esperimenti su infezioni focali.

Per i due casi di neurite da sinusite il prelevamento venne fatto dal materiale avuto dal chirurgo, pezzetti di tessuto. Questi esperimenti non dimostrano una localizzazione specifica, cioè in determinate parti dell'occhio a seconda di quelle affette nel paziente, donde si è avuta la cultura. Ma solo generica, nel senso che i germi da sinusiti o tonsille (sempre infiammate) di oculo pazienti riproducono lesioni oculari altrimenti, come ho già detto, straordinariamente rare.

Il giorno dopo, spesso poche ore dopo la iniezione, gli occhi del coniglio sono iperemici e presentano una congestione pericheratica. Ben presto la pupilla diviene miotica, l'iride rossa, fortemente congesta. Non raramente dal primo stadio l'affezione può regredire rapidamente. Ma se l'irite è accentuata, la guarigione è lenta e più difficile. Di solito l'infiammazione si diffonde e qualche volta si arriva a banali forme suppurative e distruggitrici. Per questo è consigliabile enucleare l'occhio dall'animale narcotizzato mentre presenta alterazioni meglio studiabili. Siccome l'occhio rapidamente si altera dopo la morte, conviene enuclearlo in vita. Le panoftalmiti conducono spesso a morte i conigli, probabilmente per trasmissione al sistema nervoso.

L'esame obbiettivo degli occhi malati di questi conigli fa rilevare alterazioni non dissimili da quelle umane sia esternamente, sia nel fondo. Ricordo un coniglio che il giorno dopo l'iniezione di germi da sinusite con neurite ottica, presentava irite e neurite ottica all'esame obbiettivo eseguito personalmente

FIG. 2. — Infiltrazione della coroide in coniglio inoculato con streptococchi da gola di un malato di irite reumatica. (Em.-eosina 138 diametri).

dal prof. Locascio direttore della Clinica Oculistica di Padova, che ha esaminato parecchi dei miei animali e che ringrazio per il gentile interessamento preso alle mie ricerche. Istologicamente si nota iperemia dell'iride e dei corpi ciliari con focolai d'infiltrazione nei quali è possibile di solito vedere gli streptococchi, e anche infiltrazione diffusa. Più di rado si ha coroidite. Comune è la neurite. Il nervo ottico si presenta ricco di cellule e soprattutto avvolto da un vero e completo manicotto di leucociti in mezzo ai quali si possono trovare degli streptococchi. E' una perineurite straordinariamente simile a quelle umane quali appaiono nelle figure dei trattati. Anche nel vi-

treo si nota qualche volta infiltrazione leucocitaria. Tutto ciò è ben chiaro nelle microfotografie (2-3-4-5-6).

Insieme all'irite si sviluppa spesso una vivace congiuntivite con fotofobia. In tutti gli stadî di queste alterazioni fino dal principio la somiglianza dell'aspetto esterno con quello delle forme similari umane è impressionante. Raramente è dato di vedere riproduzioni

da sinusite) hanno una sorprendente elettività per i tessuti dell'occhio. Le lesioni appaiono così rapidamente che almeno il loro principio deve essere di natura tossinica. Le culture tratte da queste lesioni le riproducono ancora nei conigli, una volta iniettati per via endovenosa. Così dal primo coniglio ammalato ho potuto raggiungere come massimo altre quattro trasmissioni. Di solito dopo pochi

FIG. 3. — Infiltrazione dell'iride e del corpo ciliare in coniglio inoculato con streptococchi coltivati da tonsille di paziente faringo-tonsillitico con cherato congiuntivite acuta. (Em.-eosina 48 diametri).

FIG. 4. — Infiltrazione dell'iride e del corpo ciliare dello stesso coniglio. Si vede l'infiammazione nel fondo e l'infiltrazione leucocitaria nel vitreo. (Em.-eosina 60 diametri).

altrettanto fedeli in patologia sperimentale. In questi animali si costituisce sovente qualche lesione aspecifica: qualche artrite e endocardite. Data l'alta percentuale di localizzazioni oculari in seguito a iniezione di germi da oculo pazienti e quella bassissima di localizzazioni aspecifiche, il valore di questi esperimenti mi sembra veramente molto grande. E' certo che i germi isolati da sinusiti, granulomi dentari (ricerche americane), faringe, tonsille, più o meno infiammate di portatori di iriti, iritocicliti, cheratiti, neuriti ottiche, tutte forme spessissimo d'aspetto prettamente reumatico (a prescindere dalle riserve che si possono fare su alcune di tali forme tra quelle

passaggi il germe perde l'elettività e si hanno infezioni banali con setticemia, quando la virulenza è ancora forte. In genere gli organi del coniglio dopo un giorno o due sono sterili o quasi. Solo qualche volta, in caso di panoftalmite suppurativa, ne viene una setticemia terminale.

Abitualmente facevo i passaggi con cultura tratta da occhio malato di coniglio, ritenendo di avere maggiori probabilità di conservare l'elettività. Ma qualche volta anche i germi da organi interni di coniglio con localizzazione oculare e in stato di setticemia, hanno mostrato la medesima elettività.

Nella seguente tabella è rappresentato un

FIG. 5. — Neurite retrobulbare in coniglio inoculato con cultura da occhio di coniglio inoculato con cultura da gola di paziente affetto da atrofia del nervo ottico probabilmente da infezione reumatica. Si vede una certa ricchezza di cellule del nervo ottico e un denso manicotto di infiltrazione leucocitaria. Lo stesso occhio era acutamente infiammato con evidente irite. (Em.-eosina 80 diametri).

FIG. 6. — Catene streptococciche nel vitreo (irido-ciclite sperimentale). Colorazione col metodo di Jones 1200 diametri.

esperimento di trasmissione di lesioni oculari a conigli con passaggi successivi.

Si trattava di un paziente (Monteboni Luciano) affetto da neurite ottica bilaterale, probabilmente post-influenzale. La diminuzione di visus aveva iniziato due anni prima mentre stava per cadere una febbre durata alcune settimane, sembra di natura influenzale, e si era accompagnata a dolori orbitarii a tipo nevralgico. Negativo l'esame dei seni. La cultura di streptococchi ottenuta dal faringe che era piuttosto arrossato, fu iniettata per via endovenosa a due conigli (19. V. 32) 32 e 33.

Per quanto valore possano avere le ipotesi che prima ricordavo sul meccanismo della neurite ottica da sinusite, è certo che esse meritano di essere rivedute di fronte a questo nuovo elemento. È veramente legittimo assegnare all'elettività dei germi il determinismo di queste infiammazioni oculari. Il fatto che talvolta basta l'apertura dei seni per migliorarla, anche senza l'asportazione di tutto il tessuto infetto, potrebbe essere spiegato dal drenaggio e quindi dal cessato riassorbimento.

Comunque, possiamo stabilire che per lo più le persone affette da forme oculari specialmente di tipo reumatico ospitano nel faringe e nelle tonsille (oltre che nei denti infetti, come hanno stabilito gli AA. americani) streptococchi dotati al momento dell'isolamento di straordinaria affinità per i tessuti dell'occhio. I serbatoi del virus che spesso deve essere il virus reumatico, funzionano da foci e queste affezioni possono considerarsi di provenienza focale.

Malattie del sistema nervoso. — Secondo Rosenow l'encefalite epidemica, la poliomielite, la corea, certe aritmie respiratorie, la mielite trasversa, la sclerosi multipla, e si può dire in genere tutte le affezioni più o meno acute, a tipo infettivo del sistema nervoso centrale e periferico sono di natura streptococcica e per lo più gli streptococchi sono reperibili nei tessuti malati batteriologicamente e anche non di rado microscopicamente. Coi germi isolati dai tessuti e anche dalla gola dei pazienti (e a dire il vero molte di queste forme iniziano con faringo tonsillite) riferisce di aver riprodotto localizzazioni e sintomi molto simili a quelli della malattia spontanea. Si ritiene che l'encefalite e le mieliti in genere siano prodotte da virus filtrabili, ma questo non toglierebbe, secondo me, gran valore alla teoria streptococcica, dato che oggi si tende a riconoscere a molti virus una fase invisibile filtrante e una batterica. Le obbiezioni veramente di maggior peso che mi pare si possano fare al gruppo di ricerche Rosenow, nelle malattie del sistema nervoso sono due:

Primo: la facilità forse eccessiva con la quale fenomeni di contratture, paralisi, scosse del capo, ecc. vengono assimilati a molte manifestazioni nervose dell'uomo.

Tuttavia questo rilievo potrebbe infirmare la pretesa della esattissima riproduzione di tali malattie, ma non l'attribuzione generica e già straordinariamente interessante di un particolare neurotropismo ai germi isolati da questi pazienti.

Secondo: l'abitudine di selezionare il virus neurotropo da materiali polibatterici (muco, essudato) per mezzo dell'iniezione endocerebrale, metodo seguito generalmente (non esclusivamente perchè, Rosenow riferisce qualche volta di inoculazioni extracerebrali). Non mi risulta che tale contestazione sia stata fatta prima d'ora e del resto non ritengo basti a togliere ogni valore agli esperimenti Rosenow i quali, a detta dell'A., si appoggiano sempre al confronto con numerosi controlli. Riferendomi a quanto ho detto a pag. 8 sulla corea, devo però richiamare l'attenzione sulla particolare facilità che gli streptococchi hanno di assumere un neurotropismo vivendo qualche giorno nel cervello.

Io personalmente ho avute scarse occasioni di sperimentare su malattie del sistema nervoso. Posso riferire su due casi di herpes zoster. Si trattava di due giovani da me visti a pochi giorni di distanza l'uno dall'altro, a Padova nella prima quindicina di maggio del '30. In quel periodo c'erano stati diversi casi di zoster. Essi erano ormai guariti dalle manifestazioni cutanee e avevano ancora faringe arrossata. Secondo la tecnica di Rosenow si fecero con muco faringeo iniezioni endocerebrali in due conigli per ogni paziente e questi conigli morirono dopo aver mostrato stordimento e paralisi degli arti in tempi variabili da due a quattro giorni. Dai cervelli trassi culture di streptococchi viridans che furono iniettate in vena ad altre due coppie di animali.

Rosenow riferisce di avere ottenuto con germi di pazienti affetti da herpes zoster lesioni cutanee. I miei animali mostrarono invece fatti nervosi che furono trasmessi ancora una volta a conigli successivi con culture da cervello e cioè stordimento, paresi e poi paralisi degli arti, nistagmo, qualcuno una vera letargia e in due di essi neurite ottica con irite. All'autopsia riscontrai iperemia del cervello in qualcuno

Culture da Faringe Monteboni

- **32** — Iperemia oculare bilaterale dopo poche ore. Morto il giorno dopo. Si abbandona.
- **33** — Infiammazione oculare marcata. Muore in 24 ore. Con cultura da occhio si iniettano i conigli:
  - **38** — Congiuntivite e irite gravi. Si uccide.
    - Con germi da occhio si iniettano i conigli:
      - **40** — Infiammazione bilaterale. Morte. Si inietta in:
        - Irite grave. Morte. Si iniettano:
          - **48**
            - **54** Negativo
            - **55** Negativo
            - **56** Iridociclite bilaterale (specialmente D.)
      - **41** — Infiammazione bilaterale. Guarigione.
    - Con germi da milza:
      - **42** — Iridociclite D. Si iniettano:
        - **50**, **51** — Muoiono con setticemia senza lesioni oculari.
      - **43** — Muore senza lesioni oculari.
  - **39** — Infiammazione grave in O. D. Si fa cultura e si inietta:
    - **46** Resta sano
    - **47** Infiammazione in O. D. Guarigione.

Complessivamente su 16 conigli 10 hanno presentato localizzazioni oculari tra cui i due inoculati direttamente con la cultura ottenuta dal malato.

(Questi in grassetto).

Riproduzione e trasmissione di lesioni oculari con cultura da paziente Monteboni (neurite ottica).

con emorragie puntiformi alla superficie. In uno degli animali neurite degli sciatici, in un altro inoculato collo stesso materiale neurite degli sciatici e anche neurite del trigemino D. È quindi evidente che i virus da me usati avevano ambedue una singolare affinità per il sistema nervoso. Allora non era ancora stata constatata la possibilità di conferire artificialmente tale neurotropismo per mezzo del passaggio in cervello di cui si parlerà a pag. 20.

Altre forme morbose riferite a infezione focale sono:

L'aborto: nei lavori di Curtis e di Nickel e Mussey l'origine focale dell'aborto abituale risulta dalla cessazione degli aborti in seguito ad ablazione di foci e dalla localizzazione genitale con consecutivo aborto nelle coniglie.

L'onichia: un solo lavoro (Haden e Jordan) dove si descrivono localizzazioni periungueali ottenute nei conigli coi germi da lesioni focali umane e in una paziente guarigione dopo estrazione di alcuni denti granulomatosi.

Nefriti (Haden).

Cistite ulcerosa (Meisser e Bumpus).

Calcolosi urinaria (Rosenow e Meisser).

Ma il gruppo di affezioni di origine focale più importante anche per la grande frequenza è quello costituito da: *ulcera gastrica e duodenale, colite ulcerativa, appendicite, colecistite.*

I lavori di Rosenow e collaboratori e anche di autori non americani sono numerosi e interessanti. Per l'ulcera gastroduodenale, appendicite: Rosenow, Nickel, Bargen, Haden, Kenney, Nickel e Hufford, Rivers, ecc. Per la colecistite: Rosenow, Wilkie, Brown, Nickel e Judd. Rosenow ha studiato e attribuito a infezioni focali (tonsillari) anche l'ulcera gastrica di certi animali domestici (montoni, bovi, cani).

Contro la colite ulcerativa Bargen, Rosenow, Fasting tentarono la sieroterapia con qualche risultato incoraggiante. Essi preparavano sieri immuni antistreptococcici coi cavalli e con metodi speciali ne concentravano gli anticorpi allontanando una gran parte delle proteine.

A scopo di semplicità e chiarezza si può riferire in blocco delle quattro affezioni menzionate. Come, del resto, per le infezioni focali in genere, vale per esse la premessa che in molti casi anche queste sono di natura streptococcica; gli streptococchi sono dimostrabili nelle lesioni microscopicamente e batteriologicamente. Le forme acute o riacutizzate danno il massimo di probabilità di successo per gli esperimenti.

Come prova viene dato al solito il benefico effetto dell'ablazione dei foci (per lo più dentari) e la riproduzione delle lesioni negli animali. I germi vengono tratti o dai foci o dai tessuti malati, oppure, nel caso della colecistite, anche dalle linfoghiandole regionali. Molte riproduzioni furono ottenute impiantando l'infezione nei denti devitalizzati dei cani.

Tutte queste lesioni sono largamente documentate in microfotografie e fotografie. Fatti ulcerativi e macchie, suffusioni emorragiche rappresentano l'equivalente delle forme ulcerative dell'uomo. L'appendicite e la colecistite sono riprodotte come vere infiammazioni acute.

In questo gruppo di affezioni i miei esperimenti non mi hanno permesso di confermare per ora quanto ho esposto, eccetto che in parte per la colecistite. Tuttavia debbo dire di non aver avuto ancora l'opportunità di studiare molti casi e in tutte le modalità sperimentali. Eccettuato un caso in cui lavorai con germi coltivati da granuloma dentario, in genere ho esperimentato con streptococchi tratti dalle lesioni stesse. Questo limita intanto il numero dei casi utilizzabili, perchè gli streptococchi non vengono isolati spesso in cultura abbastanza pura da tali lesioni. Specialmente dai tessuti dell'appendice infiammata, per quanto si cerchi di lavarla o anche di utilizzare la sottomucosa per evitare i comuni germi intestinali, si hanno spessissimo culture totalmente o parzialmente composte di coli o simili, germi talmente virulenti che uccidono rapidamente gli animali. Anche l'accorgimento comunicatomi verbalmente da Fasting di riscaldare le culture per qualche minuto per sfruttare la presunta maggior resistenza degli streptococchi in confronto dei gram negativi intestinali non mi è stato di alcuna utilità.

Ma, a parte tutto ciò, i sei esperimenti da me compiuti con ulcera gastrica e i dodici con appendicite inoculando ogni volta 3 o 4 conigli sono stati completamente negativi.

Al contrario, ho ottenuto tre volte su sei casi studiati la riproduzione della colecistite.

Nel caso 1° (Z. Maria) con cultura di streptococchi ottenuta da una colecistite calcolosa, piccola, retratta per infiammazione cronica avevo iniettato tre conigli. Due morirono in meno di 24 ore senza localizzazioni. Il terzo morto dopo tre giorni presentava all'autopsia, oltre a qualche chiazza miositica, agli arti inferiori, una bellissima colecistite purulenta. La cultura di poche ore ottenuta dalla lesione fu iniettata per via endovenosa in un altro animale che, ucciso dopo 4 giorni, presentava,

senza altre alterazioni, la colecisti congesta piena di liquido torbido, biancastro. Una tipica colecistite molto simile a quelle che si ottengono per iniezione endovenosa di culture di tifo nei conigli.

Nel caso 2° (da colecistite acuta) un solo coniglio era stato inoculato, e ucciso dopo 5 giorni mostrava colecistite purulenta.

Nel 3° caso si trattava di un paziente operato di appendicectomia e colecistectomia. Dall'appendice un po' fibrosa per infiammazione cronica e da un ganglio linfatico regionale della cistifellea infiammata acutamente trassi due culture di streptococchi che furono iniettate ciascuna in un coniglio. I due animali uccisi dopo 4 giorni mostrarono colecistite purulenta; il pus conteneva gli streptococchi.

Bisogna tener presente che nei conigli iniettati con culture da artriti, iriti, ecc., non si vedono mai colecistiti. Questa lesione è stata vista da me due volte come aspecifica ed era stata prodotta con cultura da appendicite. Ma aspecificità relativa se si tien conto della coesistenza non rara delle due affezioni dell'uomo. Comunque, il fatto di non aver veduto altre colecistiti in centinaia di necroscopie nel corso di queste ricerche e di averne ottenuto anche la trasmissione da coniglio a coniglio (caso 1°) mi conforta a credere che non si tratti di semplici coincidenze, ma che in realtà gli streptococchi provenienti da colecisti infiammate posseggano una certa elettività di localizzazione verso la colecisti.

L'esame istologico di queste cistifellee di coniglio mostra uno stato infiammatorio in tutto lo spessore della parete. La mucosa è in vari punti infiltrata e anche interrotta da aree di completa necrosi nelle quali facilmente si vedono gli streptococchi. Nella microfotografia n. 7 si vede bene l'alterazione della mucosa nei vari stadi, dall'infiltrazione alla completa necrosi, andando dall'alto verso il basso.

Variabilità nella elettività di localizzazione degli streptococchi. — Come il virus reumatico appare proteiforme attaccando ora un tessuto, ora l'altro, come se contenesse o alternasse varie affinità, così gli streptococchi che forse lo rappresentano e che in ogni modo lo accompagnano e ne riproducono le localizzazioni e probabilmente gli streptococchi in genere presenti nelle infezioni focali, mostrano una certa labilità nel senso della elettività.

Già la scuola di Rosenow aveva ammesso fin da molti anni che in questi germi esistesse una certa variabilità. Non soltanto egli descrisse mutazioni tra i gruppi streptococco, pneumococco che anche parecchi AA. classici ammettono, ma anche sperimentalmente osservò che gli streptococchi potevano modificare la virulenza e, al tempo stesso, l'elettività.

Streptococchi isolati da casi di influenza mostravano negli animali da esperimento attitudini a dare setticemie e localizzazioni polmonari. Mentre attenuandosi, finivano col prediligere il sistema nervoso. A questo modo il

FIG. 7 — Parete di colecisti di coniglio inoculato 4 giorni prima con cultura da colecisti umana acutamente infiammata. Infiltrazione e necrosi della mucosa. Em.-eosina 90 diametri).

(In altri preparati dello stesso tessuto col metodo Jones e anche, meno bene, nella stessa sezione sebbene colorata con ematossilina, a forte ingrandimento, si vedono gli streptococchi).

Rosenow spiegò la coesistenza di influenza e encefalite dove la seconda seguì non di rado la prima come epidemia e anche nell'individuo. (Del resto anche rilievi istopatologici avevano indirizzato vari autori verso l'identità etiologica).

Ma è certo che esperimentalmente si possono ottenere cambiamenti molto istruttivi. Si erano già fatti tentativi per conferire a certi germi elettività verso determinati tessuti col farli nutrire a spese degli stessi tessuti.

Così Miller e Bojarskaja collo stafilococco e meglio col tifo, Sorrentino col coli, cui potè conferire un neurotropismo. Risultati negativi invece, hanno avuto Pecco e Trivellini, nel loro tentativo di conferire al viridans elettività per l'appendice.

Io pensai di passare nell'articolazione di coniglio degli streptococchi da endocardite lenta, non artrofili e dopo 3 o 4 passaggi ottenni una artrofilia straordinariamente marcata.

In seguito Chini e Magrassi hanno perfezionato l'esperimento osservando che basta un solo passaggio in articolazione dove lo si lascia qualche giorno per acquistare l'artrofilia. Di più essi hanno stabilito che, artrofizzandosi, lo streptococco è divenuto insensibile a un siero agglutinante preparato col germe prima del passaggio in articolazione; mentre il siero preparato col germe artrofilizzato agglutina anche vari streptococchi artrofilizzati, ma non corrispondenti serologicamente tra di loro prima della prova. Essi videro anche che uno streptococco anemolitico per passaggio in muscolo può divenire emolitico e riportato in articolazione torna anemolitico. Si ha dunque una completa trasformazione biologica.

Ho fatto eseguire al dottor Corelli in questa Clinica esperimenti di neurotropizzazione che saranno oggetto di pubblicazione a parte.

Uno streptococco non neurotropo è stato quattro o cinque volte passato in cervello di coniglio e finalmente iniettato per via endovenosa, più volte senza apparente risultato. Ma, gettando piastre con poltiglia fatta in mortaio con gli organi del coniglio (circa 1/2 cmc. di poltiglia per piastra d'agar sangue) si è visto che, mentre gli organi di solito più ricchi di germi in ogni setticemia sperimentale, come il fegato e la milza, davano un massimo di qualche centinaio di colonie, il cervello dava milioni di colonie, cioè un vero impasto di germi, tanto che si dovette diluire moltissimo per ottenerle in quantità calcolabile. L'assenza di sintomi nervosi era dunque dovuta a deficienza di virulenza, pur essendo il germe già divenuto cerebrofilo. Si provò allora a passare il germe cerebrofilizzato in coniglio per via endovenosa, riprenderlo dal cervello iniettarlo ancora per via endovenosa, ecc. per quattro o cinque volte. Si ottenne allora una cerebrofilia batteriologica e clinica. Gli animali dopo uno a tre giorni dall'inoculazione mostravano sintomi nervosi come nistagmo, scosse del capo, paralisi.

Un quadro clinico di encefalite che qualcuno riusciva a superare. Anche qui lo streptococco si mutava serologicamente.

Tali esperimenti, che in questa Clinica si stanno estendendo, dimostrano con quanta facilità gli streptococchi del gruppo del viridans, cioè i comuni agenti di infezioni focali, possano modificarsi come agenti patogeni. È presumibile che in natura possa accadere lo stesso e ciò, in unione a molti altri elementi, come difese umorali, attitudine alla sensibilizzazione allergica, stato anatomo patologico intorno ai focolai, eventuali perfrigerazioni ecc. concorre a spiegare il contegno assai disuguale di streptococchi grossolanamente simili.

Immagino la flora del gruppo del viridans abitatrice abituale di molte cavità naturali e specie di quella orale e dei focolai infiammatori che vi si costituiscono, come una flora abitualmente saprofitica, ma sempre disposta, colla complicità di fattori costituzionali o strettamente ambientali ad assumere attitudini ed elettività patogene.

Queste potranno estrinsecarsi o no in senso clinico, cioè sconfinando dai focolai in modo dannoso anche in dipendenza di situazioni di ordine anatomo-patologico, come possibilità o meno di drenaggio, permeabilità maggiore o minore di certe pareti di granulomi ecc. Che tali attività esistano è per me assolutamente dimostrato dagli esperimenti in animali. Se i focolai stessi siano la dimora o l'effetto di detti germi è dal punto di vista pratico indifferente. È certo però che essi sono da considerarsi pericolosi.

RIASSUNTO E CONCLUSIONI.

Già da molti anni, dapprima saltuariamente, in seguito sistematicamente e con frequenza sempre maggiore, l'osservazione clinica aveva fatto rilevare la non rara associazione di molte forme morbose e particolarmente di quelle reumatiche con focolai infiammatori cronici, variamente situati, per lo più nella cavità orale e adiacenze, di per se stessi non di rado insignificanti e inavvertiti o quasi. Gli esperimenti intrapresi da Rosenow e dalla sua scuola hanno confermato tali connessioni, spiegandole colle particolari elettività dei germi, per lo più streptococchi del gruppo viridans, elettività che costituirebbero la sola se non la principale determinante. Attraverso questo meccanismo si stabilirebbero numerose affezioni del sistema nervoso, dell'apparato digerente, orinario, delle vie biliari, ecc. Particolare importanza avrebbe il gruppo delle affezioni reumatiche come artriti, miositi, neuriti,

iriti, ecc. E difatti, se si prendono in considerazione gli studi dei vari AA. sull'etiologia del reumatismo, vien fatto di fermarsi sull'ipotesi streptococcica come a quella che oggi ha il maggior numero di probabilità e alcune forme reumatiche sembrano la risultante di un fattore infettivo, probabilmente streptococcico, e di un fattore allergico. In questo senso parlano decisamente molte ricerche fondamentali sulla riproduzione di quadri istopatologici a tipo di granulomatosi per via esclusivamente allergica e meglio ancora per via allergico-infettiva, cioè usando gli streptococchi come allergene, ricerche cui recentemente da questo istituto si sono portati importanti contributi.

Sono state compiute esperienze personali sopratutto nel campo delle forme reumatiche, oculari e anche delle vie digerenti e biliari con risultati sfavorevoli per appendicite e ulcera gastro-duodenale, favorevoli per colecistite, particolarmente significativi per le forme reumatiche, specie articolari e per le infiammazioni oculari.

Queste ricerche confermano fondamentalmente l'esistenza nei così detti foci di germi che introdotti per via endovenosa negli animali, vanno a ledere per azione diretta o tossinica o mista gli stessi tessuti che si presentavano colpiti nell'uomo dal quale i germi erano stati tratti, guidati da elettività più o meno specifica, altissimamente specifica nel caso delle localizzazioni oculari. E inducono quindi a supporre che molte malattie dell'uomo, specie nel gruppo delle reumatiche, siano determinate da questo meccanismo. Sembra molto probabile che il virus reumatico sia effettivamente rappresentato da questi germi (se pure è possibile essi agiscano come allergizzanti) ma nulla può far escludere per via dottrinaria che essi lo accompagnino o lo mantengano solamente, come in altri campi della microbiologia già si è supposto.

La virulenza ed elettività di questi germi sono labili e variabili. Esperimenti dell'A. e di collaboratori dimostrano in modo chiaro, come si possa in breve trasformarli così radicalmente (e persino dal punto di vista immunitario) da ottenere localizzazioni e quadri morbosi del tutto diversi, per es. dall'artrite all'encefalite e questo deve essere seriamente considerato anche in vista dell'aspetto proteiforme che assume in patologia umana l'infezione reumatica.

E per venire a conclusioni d'indole pratica, tutto questo complesso di ricerche, a parte eventuali dispareri e discussioni di dettaglio, deve e, in attesa di nuovi sviluppi, intanto indurci, secondo il mio parere, a concedere alla dottrina sulle infezioni focali, seria importanza valorizzando i foci come momento predisponente-determinante, come localizzazioni, rifugi o rifornimenti di stati infettivi, specie reumatici, e a combatterli attivamente come tali.

Così i medici e gli specialisti potranno contribuire alla lotta e alla profilassi antireumatica e al tempo stesso contro malattie non reumatiche. Si può dire che di fronte al reumatizzato in tutte le forme possibili, al sofferente per appendicite, colecistite, ecc. e anche al sano non sarà da accusare come eccessivamente interventista, ma anzi sarà da incoraggiare il medico a prescrivere la cura radicale di una sinusite o di una tonsillite anche quando questi focolai non diano disturbi, nè abbiano l'aria di presentare pericoli.

Potranno invece nascere discussioni nel campo dell'odontoiatria. Qui si tratta qualche volta di sacrificare senza la certezza della ricompensa denti incriminabili come foci, ma ancora buoni funzionalmente. Naturalmente il giudizio deve regolarsi a seconda del caso e cioè della gravità della sindrome che si spera di debellare, dello stato e del numero dei denti incriminabili. Non è necessario insistere sull'opportunità di conciliare la conservazione colla disinfezione, di astenersi dalle devitalizzazioni, nei limiti del possibile, dal coprire coll'otturazione cavità non perfettissimamente sterilizzate e così via. Ciò cade naturalmente nel dominio dello specialista. La lotta contro le infezioni focali (e quindi le reumatiche) presuppone il contatto tra medici e specialisti e la conoscenza del problema. Specie ai dentisti spetta l'obbligo (e i migliori e i più moderni già lo sentono) di tenerlo presente, se pure per alcuni non ancora deciso, e di considerare i denti non solo come organi masticatori e sede di sofferenza, ma anche come causa eventuale di lesioni a distanza.

BIBLIOGRAFIA.

Infezioni focali in genere: Reumatismo.

Ascoli e Serio. *Gli pseudoreumatismi infettivi.* Rass. Clin. Scient. dell'I. B. I., n. 3-4, 1932.

Bestwistle A. P. *The role of dead and infected teeth in autogenous infections.* Brit. Med. Journal, 1928, 1, pag. 589.

Citron J. D. M. W., 1929, pag. 2139.

Congresso di Wiesbaden. Rif. in D. M. W., vol. 1, pag. 812.

De Vecchi. *La base anatomo-patologica ed i concetti etiopatogenetici del reumatismo infettivo.* Rass. Clin. Scient. dell'I. B. I., n. 3-4, 1932.

Delbanco. *Zum Geschichte der fokalen Infektion.* Derm. Woch., 1929, n. 11, pag. 2014.

FRANKE. *Klinische Stellungsame zur Frage der dentalen Focal infection*. D. M. W., pag. 1033, 1929.

GRÄFF. *Infektions krankheiten mit dem Rheumasympton in der Lehre von den fokalen Infektion.* Rheumaprobleme, Band. II, 1931.

HERREN KNECHT. Rif. da FRANKE.

KOLLE. *Einige Betrachtungen über lokale und fokale Infektion*. Paredentium, n. 1, 1931.

LANDGRAF. Rif. da FRANKE.

NAKAMURA. *A study on focal infection and elective localisation in ulcer of the stomach and in arthritis.* Ann. Surg., vol. 79, pag. 29, 1924.

NICKEL. *Focal infection and elective localisation of streptococcis*. The Dental Out look. XV, 1928, n. 10.

NICKEL and STUHLER. *The prostate grand as a focus of infection in arthritis.*

PALAZZI. *Sulla influenza dei focolai settici orali dentali e peridentali nell'economia generale dell'organismo.* Ta Tribuna Medica, 1921, n. 5.

PALAZZI e DIENER. *Contributo allo studio della così detta « Oral sepsis ». La Cultura stomatologica.* 1930

PÄSSLER. Rif. da FRANKE.

PRECHT. *Fokal Infektion.* D. m. W., 1929, vol. 55, pag. 1035.

ROSENOW. *Focal infection and elective localisation of streptococci in the causation of disease.* Acta Reumatologica, n. 9, 1931. Reazione al Congresso di Wiesbaden, 1930.

ROSENOW. *Experimental and clinical Studies on focal infection and elective localisation: newer findings and their significance.* Conferenza alla Northern Ohio Dental Association, june 1924.

ROSENOW and ASHBY. *Focal infection and elective localisation in the etiology of myositis.* Arch. of Int. Med., 1921, vol. 28, pag. 274.

ROSENOW and NICKEL. *Results in varius diseases from elimination of foci of infection and use of vaccines prepared from streptococci having elective localising power* Journ. of Lab. and Clin. Med., 1929, vol. XIV, pag. 504.

SIMSON IUTTA. *Dentalen Focus und Neuritis.* D. m. W., 1929, pag. 1706.

VEIL W. H. D. m. W., pag. 646, 1929.

Batteriologia.

BIRKHAUG K. E. *Rheumatic fever; bacteriologic studies of non-methemoglobin-forming streptococci with special reference to its soluble toxin production.* Journ. Infect. Dis., val. 1927, pag. 549.

CECIL, NICHOLLS, STAINSLEY. *Bacteriology of blood ond joints in rheumatic fever.* Journ. Exper. Med., vol. 50, pag. 551, 1929.

CERESOLI. *Batteriologia delle malattie reumatiche Relazione alla II giornata italiana del Reumatismo.* Riv. Ital. di Idrologia, Climatologia fisica, n. 11, 1931.

COSTE e FORESTIER. *Streptocoque et rheumatisme cronique.* Presse Med., n. 85, 1932.

DAWSON, OLSTEAD, BOOTS. *Bacteriologie investigation on the blood, synovial fluid and subcutaneons nodules in rheumatoid (chronic infection) arthritis.* Arch. of In. Med., 1932, n. 2.

KREIDLER. *Biologic and serologic studies of streptococci cardioarthriditis.* Journ. of Dis., 1928, n. 43, pag. 415.

LEHMANN WALTHER. *Streptokokkenerkrankungen (da Ergebnisse der Hygiene,* Bb. 11), riassunto in C. Bl. Ges. Opht., 1932, XXVI, pag. 163.

MARTINOTTI. C. Bl. Bakt., 1898.

NAKAMURA. *The bacteriology of extirpated tonsils and its relation to epidemic tonsillitis.* Ann. Surgery, vol. 79, pag. 24, 1924.

SCHMITZ. C. Bl. Bakt., 1912.

SURANGI und FORRÖ. *Streptokokken im Blute mit besonderer Berüchsichtigung der rheumatischen Gelenkenzündung.* Kl. W., 10, pag. 453, 1928.

Serologia.

ROSENOW. *Serologic specificity of streptococci having elective localising power as isolated in various diseases of man.* Journ. of. Inf. Dis., 1929, pag. 331.

Istologia delle alterazioni reumatiche e allergiche. Allergia nel reumatismo.

CHINI. *Ricerche sperimentali sulla genesi allergica dell'artrite gottosa.* Reale Accademia Medica di Roma, 1931.

ID. *Ricerche sperimentali sulle artriti allergiche.* Boll. Soc. Ital. di Biol. Sper., vol. VI, fasc. 5, 1931.

ID. *Ricerche sperimentali sulle artriti. Rapporti tra acido urico e artriti allergiche.* Boll. Soc. Ital. di Biol. Sperim., vol. VI, fasc. 6, 1931.

ID. *La patologia sperimentale dell'artrite deformante.* Rass. Clin. Scient. dell'I. B. I., n. 3-4, 1932.

ESCHERICK e SCHICK. Cit. da SWIFT, DERIK, HITCHCOCH.

FAHR. Virchows Arch., 1931, C. C., XXXII, pag. 134.

HOWELL and CORRIGAN. *Skin reactions with bacterial filtrates of anhemolytic streptococcus, hemolytic streptococcus and b. typhosus.* Jorn. of Inf. Dis., vol. 42, 1928, pag. 161.

KAISER, cit. da SWIFT, DERIK, HITCHOCH.

KLINGE. *Die Eiweissüberempfindlichkeit (Gewebs, anaphylaxie) der Gelenke.* Beiträge z. path. An. und Allg. Path. Bd. 83, H. L., pag. 185-192.

ID. *Das Gewebsbild des fieberhaften Rheumatismus.* I, III, Mitt. Virchovs Arch. Bd. 279, H. 1, 1930, pag. 438.

KLINGE und GRZIMEK. *Das Gewebsbild des fieberhaften Rheumatismus*, VI, Virch. Arch., Bd. 284, H. 2, 1932, pag. 646

KLINGE und VAUBEL. *Das Gewebsbild des fieberhaften Rheumatismus.* Virch. Arch., Bd. 281, H. 3, pag. 701.

MAGRASSI. *Tentativi di riproduzione sperimentale del quadro istopatologico del reumatismo articolare umano.* Boll Sic. It. di Biol. Sperimentale, 31, vol. 32.

MENZER. Zeitschr. Klin. Med., 1902, n. 47.

MILLER PH. C. *Spontaneous interstitial myocarditis in Rabbits.* Journ. Exp. Med., 1930, 40, pag. 543.

SWIFT, DERIK, HITCHCOCK. *Rheumatic fever as a manifestation of hypersensitiveness (allergy or hyperergy) to streptococci.* Trans. of the Ass. of Am. Psysicians, vol. XLIII, 1928, pag. 192.

VANBEL. *Die Eiweissüberempfindlickheit (Gewebs hyperergie) des Binde Gewebs.* Beitr. zur Path. An. und zur Allg. Path., pag. 375, Bd. 89, 1932.

WEINTRAUD. Berl. Klin. W., 1913, I, pag. 1381.

Malattie oculari.

AMBROSE EARL EDGERTON. *Uveitis due to sinusitis.* Am. Journ. of. Opht., 1932, vol. 15, n. 6.

ARGANÄRAZ. *Infektion Fokal sepsis und Augenleiden.* Rif. in. C. Bl. Ges. Opht., 1932, XXVI, pag. 543.

BENEDICT, von LACKUM and NICKEL. *The pelvic organs as foci of infection in inflammatory diseases of the eye.* Arch. of. Ophth, vol. 566, p. 116.

Riassunto in C. Bl. Ges. Ophl., 1927, vol. XVIII, pag. 294.

HADEN. *Elective localisation in the eye of bacteric from infected teeth.* Arch. of Int. Med., 1913, vol. 32, pag. 828.

HENSEN. *Beiträg zun den Beziehungen zwischen Augen und Zahnerkankungen.* M. h. W., 1924, n. 15, pag. 470.

HUNTER W. SCARLETT. *Senile macular changes of the retina associated with focal infection.* Am. Journ. of. Opht., 1931, pag. 932.

Journ. Am. Med. Assoc. (Editoriale), 1916, n. 13, *iritis.*

IRONS, BROWN and NADLER. *The localisation of streptococci in the Eye. A study of experimental Iridocyclitis in rabbits.* Journ. of Inf. Dis., 18, 315, 1916.

IRONS e BROWN. *The etiology of iritis.* Journ. Am. Ass., 1916, vol. 64, pag. 1840.

MAC. CALLAN. *Episcleritis due to focal sepsis.* Royal Society of medicine London, 13-11-1931. Riassunto in Am. Journ. of Ophth., 1931, pag. 676.

ROSENOW. *Focal infection as a cause of Iritis.* Med. Clin. N. Am., 5, 573, 1921.

ROSENOW and NICKEL. *Elective localisation in determining the etiology of chronic uveitis.* A. J. of Ophthalmology, vol. 15, n. 1, 1932.

Variabilità dei germi.

CHINI e MAGRASSI. *Ricerche sperimentali sull'artrotropismo elettivo degli streptococchi.* Bol. Soc. It di Biol. Sperim., 31-5-1931.

MILLER und BOJARSKAIA. *Zur Frage der elektiven Lokalisierung der Mikroben.* Zeitschr. f. Imm. forsch., Bd. LXI, 19-9, pag. 4.

PECCO e TRIVELLINI. *Localizzazione elettiva e difesa immunitaria nell' infezione sperimentale da streptococco.* Arch. It. di chirurgia, n. 5, 1931.

ROSENOW. *Changes in Streptococcus from encephalitis induced experimentally, and their significance in Pathogenesis of epidemic encephalitis and influenza.* Journ. Inf. Dis., 1923, n. 6 p, 531.

SORRENTINO. *Di una speciale attitudine patogena del colibacillo isolato dalle feci umane e coltivato su terreni speciali.*

Sistema nervoso.

PETTE. *Die fokale Infektion in ihrer Bedeutung für der Pathogenese organischer Nervenkrankheiten.* M. m. W., pag. 1891, 1931, n. 47.

ROSENOW. *Elective localisation of Bacteric in diseases of the nervous system.* Journ. Am. Med. Ass., vol. LXVII, pag. 662.

ID. *Experimental studies on the etiology of encephalitis.* Jorn. Am. Med. Ass., 1922, vol. 79. pag. 443.

ID. *Production of spasm of the diaphragme in animals by living cultures, filtrates, and the dead streptococcus from epidemic hiccup.* Journ. of Infect. Dis., vol. 32, 1923, pag. 72.

ID. *Specificity of streptococci in etiology of Diseases of nervous system.* Journ. Am. Med. Ass., 1924, vol. 82, pag. 449.

ID. *Streptococci in relation to etiology of epidemic encephalitis: experimental results in hightone cases.* Journ. Inf. Dis., 1924, pag. 329.

ID. *Experimental studies indicating an infections etiology of spasmodic torticollis.* Journ. of Nerv. and ment. dis., 1924, vol. 59, pag. 1.

ID. *Further Studies on the etiology of epidemic hiccup (singultus) and its relation to Encephalitis.* Arch. of. Neurology and Psichiatry 1926, vol. 15, pag. 712.

ID. *Neuromyloencephalitis during and folloving and epidemic of hiccup. Diverse localisation of streptococci.* Arch. of. Neur. and Psych., 1926, vol. 16, pag. 81.

ID. *Studies on encephalitis: resume and never findings.* Minnesote Medicine, 1926, pag. 231.

ID. *Thrombosis of the cerebellar and vertebral arteries associated with intermittent hiccup. Observation in a fatal case.* Arch. of Neur. and Psych., 1927, vol. 18, pag. 348.

ID. *Serum treatment of poliomielitis.* The Nabraska State Med. Journal. 1928, n. 8, pag. 283.

ID. *Streptococci in the spinal fluid in acute epidemic poliomyelitis.* Journ. Amer. Med. Ass., 1928, vol. 91.

ID. *The relation of streptococci to the filtrable virus of epizootic encephalitis of the fox.* The Journ. of Inf. Dis., 1931, pag. 304.

ROSENOW and JOCKSON. *Microscopic demonstration of. bacteria in the lesions of epidemic (lethargic) encephalitis.* Journ. Inf. Dis., 1923, n. 2, pag. 144.

Colecistite.

BROWN. *Studies on the etiology of cholecystitis and its production by the iniection of streptococci.* Arch. of. Int. Med., 1919, pag. 185.

NICKEL and JUDD. *Cholecystitis: a bacteriologic and experimental study of the hundred surgically resected gallbladders.* Surgery Gynecology and Obstetrics, april 1930.

WILKIE A. L. *The bacteriology of cholecystitis: a clinical and experimental study.* Brit. Journ. of Surgery, XV, 1927-1928, pag. 450.

WILKIE. *An adress on same aspects of gallbladder disease.* Brit. Med. Journ., 1928, I, pag. 481.

Ulcera gastro-duodenale, appendicite, colite ulcerativa.

BARGEN. *Changing conceptions of chronic ulcerative colitis.* Journ. Am. Med. Ass., 1928, vol. 91, pag. 1176.

BARGEN, ROSENOW, FASTING. *Serum treatment for chronic ulcerative colitis.* Arch. of. Int. Med., 1930, vol. 46, pag. 1039.

GOIFFON. *Colibacilloses,* pag. 68.

HADEN. *The elective localisation of bacterie in peptic ulcer.* Arch. of. Int. Med., 1925, vol. 35, pag. 457.

KENNEY. *Etiology and healing process of duodenal ulcer in melena neonatorum.* Am. Journ. Dis. Chiedren, vol. 31, pag. 631, 1926.

MOUTIER, VINCENT, PRETET. *Étude et traitement de l'infection bacterienne gengivale.* Pr. Med., n. 59, 1932.

NICKEL. *Duodenitis, duodenal ulcer and gastric ulcer.,* Ann. of Int. Med., n. 11, may 1930, p. 1084.

NICKEL and HUFFORD. *Elective localisation of streptococci isolated from cases of peptic ulcer.* Arch. Int. Med., 1928, vol. 41, pag. 210.

RIWERS. *Hemorragic focal gastro duodenal lesions. Preliminary report of three cases.* Arch. of. Int. Med., 1927, vol. 39, pag. 564.

ROSENOW. *Pathogenesis of spontaneous and experimental appendicitis, ulcer of the stomach and cholecystitis.* Journ. of the Indiana State Med. Ass., ottobre 1915.

ID. *Focal infection and elective localisation of bacteric in appendicitis, ulcer of the stomach, cholecystitis and pancreatitis.* Surgery, Gynecology and Obstetrics, 1921, vol. II, pag. 19.

ID. *Etiology of spontaneons ulcer of stomac in domestic animals.* Journ. of Inf. Dis., 1923, n. 5, pag 384.

WATSON, WILLIAMS, PATRIK and PICKWORTH F. A. *Nasal and oral focal sepsis in the etiology of gastro intestinal and pulmonary infective diseases.* Brit. Med. Journ., 1928, I, pag. 931.

Vie orinarie.

HADEN. *The relation of chronic foci of infection to kidney infection.* Am. J. M. Sciences, 1925, vol. 169, pag. 407.

MEISSER e BUMPUS. *Focal infections in relation to sub mucous ulcer of the bladder and to cystitis.* The Journ. of Urology, 1921, vol. II, pag. 285.

ROSENOW and MEISSER. *The production of urinary calculi by the devitalisation and infection of teeth in dogs with streptococci from cases of nephrolithiasis.* Arch. of. Int. Med., 1923,, 31, pag. 807.

Dermatosi.

HADEN and JORDAN. *Multiple onychia ad a manifestation of focal infection.* Arch. of. Dermatology and Syphilology, 1923, vol. VIII, pag. 31.

SUNTI E RASSEGNE.

REUMATISMO.

Neurosi iperalgesica e reumatismo.

(A. GÉRONNE. *Deutsche Medizinische Wochenschrift,* 23 settembre 1932).

Le difficoltà che si incontrano per la diagnosi differenziale nel campo del reumatismo sono spesso gravi, ed ancor più gravi sono state rese dall'uso del termine di « pseudoreumatismo ».

Al riguardo non è stato finora tenuto in considerazione il fatto che la costituzione nervosa e lo stato di esaurimento generale possono da soli provocare neuralgie e mialgie molto dolorose.

La sindrome di neurosi iperalgesica è generalmente poco diagnosticata, malgrado essa sia stata nettamente definita da Goldscheider anche nelle sue relazioni con il reumatismo.

Negli individui affetti da neurosi iperalgesica si riscontra un'iperestesia o iperalgesia più o meno diffusa dei tegumenti esterni. Le piccole punture, che per i normali sono avvertite appena come sgradevoli, riescono estremamente dolorose. Analogamente esiste una straordinaria ipersensibilità agli stimoli termici ed elettrici. Questo stato iperestesico si estende ai tessuti sottocutanei, al grasso, ai muscoli, per cui ogni specie di iniezione riesce intollerabilmente dolorosa. La pressione su i punti di Valleix, su i tronchi e rami nervosi provoca dolore spesso così intenso come nelle neuriti. D'altra parte la percussione su i tessuti sottocutanei, specie su alcuni punti, provoca intensi movimenti riflessi.

Una parte di questi individui hanno una squisita sensibilità spirituale, sono esteti, artisti, ma la maggioranza sono esenti da ogni tara nervosa attribuibile all'isterismo o ad altra entità nosologica.

Questi individui possono soffrire neuralgie o mialgie perfettamente eguali a quelle di natura reumatica. Possono avere dolori più o meno violenti, i quali compaiono alternativamente in diversi muscoli, o nel campo di distribuzione di vari nervi (sciatico, plesso brachiale ecc.).

Queste mialgie e neuralgie sono spesso periodiche e come quelle reumatiche risentono l'influenza delle vicende atmosferiche.

Nei periodi di accalmia i pazienti sono esenti da ogni malanno, e la maggior parte di essi non ha la consapevolezza dello stato di iperestesia della propria pelle e musculatura.

Alcuni individui presentano una particolare ipersensibilità del cuoio capelluto, della galea aponeurotica, che si estrinseca con violenti mal di capo. Nei casi stessi sono spesso molto dolenti alla pressione i punti di uscita dei nervi

occipitale e sopraorbitale. Le così dette cefalee reumatiche per lo più non sono altro che l'espressione di una neurosi iperalgesica, alla quale devono attribuirsi molti casi attribuiti all'adiposi dolorosa e alle così dette panniculiti e fibrositi.

In ogni caso di neuralgia o mialgia deve istituirsi un esame neurologico completo.

Oltre i ben noti segni della neurastenia, quali i tremori, l'esagerazione dei riflessi, la labilità del sistema nervoso vegetativo, nei casi del genere si riscontreranno altri fatti: la dolorabilità alla pressione dei tronchi nervosi, l'iperestesia e l'iperalgesia della cute, nonchè quella alla pressione di alcuni gruppi muscolari (trapezio, pettorale, muscoli del collo). Inoltre si riscontreranno speciali punti dolenti alla pressione leggera sul tessuto sottocutaneo e nei muscoli.

Per la diagnosi differenziale fra neurosi iperalgesica e mialgia e neuralgia reumatica bisogna tener presente anche altri fatti che possono trarre in errore.

Goldscheider ha dimostrato che nel reumatismo muscolare la dolorabilità alla pressione è legata al decorso dei rami nervosi cutanei sensitivi. Per la partecipazione delle fibre sensitive ossee ed articolari si può avere oltre alla dolenzia del periostio e delle sinovie anche iperalgesia della cute. Così anche nel quadro clinico delle mialgie a frigore si possono trovare punti nervosi dolenti alla pressione, ma essi sono per lo più localizzati su questo o quel muscolo reumatizzato, e rispettivamente su singoli rami nervosi. Essi non sono così diffusi ad una gran parte dei tegumenti esterni come nella neurosi iperalgesica, nè sono accompagnati da sintomi che rivelino lo stato neurotico.

D'altra parte bisogna tener presenti i dati anamnestici, sopra tutto per quel che riguarda il modo con il quale sono scoppiati i fatti morbosi.

È ovvio che l'accertamento della distinzione delle algie neurotiche da quelle reumatiche ha una notevole importanza dal punto di vista terapeutico, in quanto le prime non si avvantaggiano delle ordinarie cure antireumatiche medicamentose e fisiche.

Se le diagnosi di tali affezioni fossero esatte, forse il numero delle forme reumatiche resistenti alla terapia diminuirebbe. Dr.

Sui noduli granulomatosi nella miocardite reumatica.

(Nora Andreis. *Archivio italiano di anatomia e istologia patologica*, gennaio-febbraio, 1932).

Nel reumatismo articolare acuto è oggi ormai riconosciuta una infiammazione del miocardio con produzione di un granuloma nodulare a peculiare costituzione istologica. Anzi, sulla riproduzione sperimentale di questo granuloma sono appunto basate le ricerche circa il virus del reumatismo. Sulla entità di questo virus nulla di certo è ancora stato detto e dalle ricerche del Wassermann nel 1899 a quelle del Birkaung nel 1927, vari germi furono presi in considerazione e ritenuti quali agenti determinanti della malattia. La porta d'ingresso sarebbe data dalle tonsille, come dimostrano i lavori di Frank e Schuster, i quali avrebbero trovato nel 90 % dei morti per reumatismo una forma di tonsillite lacunare. Anche le cavità nasali, l'orecchio medio e tutto il tratto intestinale potrebbero permettere l'ingresso del microorganismo che si diffonde poi per via ematica.

La miocardite reumatica si presenta spesso prima di altre alterazioni del cuore, facilmente associata ad altre lesioni come la pericardite e l'endocardite.

Le alterazioni del miocardio considerate prima da Romberg e consistenti in modificazioni parenchimatose, furono precisate da Aschoff e Tawara nel 1904. Questi Autori infatti trovarono delle formazioni nodulari in vicinanza dei vasi sanguigni, in connessione coll'avventizia esterna. Questi noduli furono dall'Aschoff ritenuti come derivanti dagli elementi leucocitoidi avventiziali, poi, in seguito a studi speciali, specie del Geipel, se ne ammise la derivazione connettivale. Questi noduli che si formano subito sotto l'endocardio possono anche interessare il sistema atrio-ventricolare. Comunque dalla indagine più accurata e completa della letteratura in proposito si deduce che, pur essendo la miocardite reumatica una entità a sè, la sua etiologia non è ancora definitivamente stabilita, come d'altra parte ne è incompletamente nota l'anatomia patologica.

L'A. pensando di contribuire al problema anatomo-patologico, ha esaminato 32 casi di miocardite reumatica pervenuti al tavolo anatomico. A tal uopo preparò frammenti del ventricolo destro, del sinistro e del fascio di His, previa fissazione in liquido di Foà. Questi preparati furono colorati con vari metodi, ma i migliori risultati si ebbero con la colorazione di Unna, Tanzer, Livini.

Dall'esame microscopico risultò che, mentre i processi degenerativi a carico delle fibrocellule muscolari e proliferative a carico del connettivo interstiziale, erano sempre rilevabili; i tipici noduli di Aschoff si presentarono solo in otti casi, cioè nella proporzione del 25 %. Questo reperto caratteristico si nota specialmente nei cuori di soggetti giovani. Da ciò se ne dedurrebbe che il granuloma di Aschoff prediliga i giovani, osservazione questa non rilevata finora da altri Autori.

Ciò potrebbe spiegare la rarità con cui si riscontrano questi granulomi in confronto con la miocardite, in quanto i giovani vengono generalmente strappati alla morte.

G. La Cava.

Reumatismo cronico e ossalemia.

(M. LOEPER. *Nutrition*, vol. III, n. 2, 1932).

L'ossalemia non può essere discussa. Essa interviene in un gran numero di stati morbosi: può aversi eliminazione di ossalati per il tubo digerente, con produzione di crisi gastriche ed intestinali, mucorrea e litiasi: eliminazione per i reni, di calcoli, di sabbia e produzione di ematuria; secondo alcuni AA. la fissazione sul tessuto nervoso produrrebbe fatti di depressione o di eccitazioni, crisi asmatiche, disturbi cardiaci; l'intossicazione generale condurrebbe ad una demineralizzazione e ad una decalcificazione.

Dopo ciò ci si può domandare se l'ossalemia non possa anche provocare certe lesioni ossee e articolari di alcuni reumatismi. Questa questione posta da Teissier parve da lui e collaboratori risolta nel senso di poter considerare l'ossalemia come la caratteristica ematologica del reumatismo gottoso.

Si sa che in individui normali l'ossalemia non raggiunge 1 ctgr. per 100 parti di sangue secco e varia con l'alimentazione in limiti assai stretti. Nel diabete, obesità, litiasi ossaliche del rene e dell'intestino, certe cirrosi e nefriti, certe asme, essa si eleva a 3,5, e anche a 12 ctgr. (Loeper e Béchamp).

Béchamp e Tonnet nelle crisi subacute di reumatismo cronico hanno trovato 0,06-0,04; nel reumatismo deformante da 0,019 a 0,03.

L'ossalemia esiste dunque in certi reumatismi cronici ed in altri no. È già un fatto importante. Si deve riconoscere che questi reumatismi con ossalemia non hanno un aspetto clinico speciale. Il decorso è apirettico, lento e cronico. Loeper in tre casi di reumatismo con forte ossalemia venuti al tavolo anatomico, non trovò, lesioni speciali. Tuttavia la esistenza di una iperossalemia presso certi reumatici cronici non è una pura e semplice coincidenza. Negli individui normali l'ingestione di grandi quantità di alimenti ossalici può da sola produrre gonfiori delle piccole articolazioni delle dita. Nei reumatici ossalemici l'ingestione di 0,45 cgr. di acido ossalico e esagera i dolori articolari ed aumenta la tumefazione. Secondo Loeper se è facile provare il nesso etiologico tra ossalemia e reumatismi, risulta difficile spiegare il meccanismo patogenetico. Béchamp e Tonnet han dimostrato che il tessuto osseo accaparra l'acido ossalico più degli altri tessuti, senza dubbio perchè esso fornisce una gran quantità della calce di cui ha bisogno per neutralizzarsi ed eliminarsi.

L'intossicazione ossalica negli animali provoca una diminuzione notevole della calce ossea (Sarvonnat e Rebattu). Le lesioni ossee sperimentali si spiegano con un processo di decalcificazione.

Loeper, Tonnet e Schulmann han dimostrato che nei tessuti l'ossalato di calcio si può trasformare in carbonato di calcio; si spiegano così le formazioni nelle cartilagini e nei tessuti periarticolari, di piccole concrezioni di carbonato di calcio.

Di fronte alla gotta urica caratterizzata dalle trasformazioni di urato di soda, Loeper ammette una gotta ossalica caratterizzata da deformazioni e depositi calcarei che restano ossalici o che evolvono verso il carbonato di calcio.

Si deve tenere conto che l'apporto di acido ossalico è sopra tutto alimentare: sono alimenti *ossalofori* il cacao, il cioccolato l'acetosella, sono alimenti *ossaligeni* le farine e gli zuccheri. Si designa nei laboratori l'acido ossalico col nome di acido saccarinico, ed è con lo zucchero che si fabbrica più facilmente.

La gotta ossalica è una gotta idrocarbonata. i diabetici ed i forti mangiatori di zucchero sono per lo più ossalurici.

Alcuni (Sandro) hanno addirittura ammesso nell'intestino dei *microbi ossaligeni.*

La terapia deriva da quanto sopra: anche l'insulina produrrebbe una diminuzione dell'ossalemia (Vialle). Il fegato distrugge in parte l'acido ossalico, onde si deve curare il fegato di questi malati. La precipitazione dell'ossalato di calcio dipende dalla alcalinità dei mezzi umorali che bisognerà combattere.

Per l'eliminazione dell'acido formatasi la piperazina e la litina che giovano agli uricemici, sono dannosi agli ossalemici ai quali gioveranno invece: urotropina e atophan.

L. TONELLI.

Rapporto fra malattie della tiroide ed artrite cronica non specifica.

(W. S. DUNCAN. *The Journ. of. the Americ. Medic. Assoc.*, 8 ottobre 1932).

Fra l'insufficienza tiroidea manifesta e l'ipertiroidismo con gozzo esoftalmico c'è tutta una serie di casi con disfunzione tiroidea non facilmente rilevabile e in cui si possono manifestare artriti croniche non specifiche. Certamente i dolori articolari sono in rapporto colla tiroide e colle variazioni del metabolismo da essa prodotte, perchè aumentano coll'accentuarsi dei sintomi di ipertiroidismo e guariscono colla tiroidectomia.

Sui disturbi articolari si deve ammettere in alcuni casi l'influenza di altre ghiandole endocrine; così, p. e., quando essi compaiono dopo la menopausa naturale od artificiale.

Alcuni ritengono però che anche in questi casi la diminuzione dell'attività ovarica si associ ad iperattività tiroidea.

Macabister ed altri hanno osservato casi di artrite reumatoide associata a mixedema e che migliorava colla tiroidina.

Dopo un riassunto della letteratura in proposito, l'A. riferisce ampiamente su due casi

personali di artrite cronica guariti colla tiroidectomia.

Nella discussione seguita a questa comunicazione all'83ª Sessione annuale della Sezione di chirurgia ortopedica dell'Associazione Med. Americana tenuta a New Orleans nel maggio 1932, H. W. Meyerding ha fatto notare che qualche volta si vedono donne con dolori articolari che scompaiono durante la gravidanza, probabilmente per modificazione della funzione tiroidea.

R. Pemberton ha insistito sull'esistenza di ipotiroidismo (reso manifesto dal metabolismo basale basso) in malati di artrite, e R. Burbank ha riferito sui buoni risultati da lui ottenuti colla tiroidectomia in ipertiroidei con artrite. R. LUSENA

Operazioni sulla regione delle paratiroidi e reumatismo deformante.

(SIMON R. e WEILL J. *Presse méd.*, n. 22, 1932)

Gli AA., ricordato come spetti ad Opel il merito di aver introdotto nella terapeutica chirurgica, gli interventi nelle paratiroidi come metodo curativo della poliartrite cronica deformante, aggiungono che tanto questi in Russia come Leriche in Francia stabilivano le indicazioni operatorie sull'aumento del contenuto in calcio del sangue.

Sia Opel che Leriche decidono l'intervento su di una elevazione del tasso calcemico sopra 11 mgr. ‰.

Essi però leggendo le osservazioni di questi autori, sono stati colpiti dal successo terapeutico ottenuto anche in casi in cui l'esame istologico del frammento asportato come paratiroide, dimostrava trattarsi invece o di un frammento di tiroide o addirittura di un lobulo di grasso.

Questi fatti hanno loro suggerito di curare due casi di poliartrite anchilosante con un simulacro di paratiroidectomia.

Nel primo caso si trattava di un individuo affetto da poliartrite anchilosante da 5 anni, la calcemia dava cifre inferiori alla norma gr. 0,085 ‰; radiografie multiple dello scheletro mettevano in evidenza fatti di intensa decalcificazione, non proliferazioni ossee paraarticolari.

L'operazione consistè nel repertare la tiroide e richiudere. Fu trovata una tiroide fortemente atrofica ridotta ad una piccola massa appiattita in mezzo a tessuti sclerotici, lunga 1 cm. e larga 8 mm.

Si ottenne un notevole miglioramento che cominciò dal giorno dopo l'operazione e permane tre mesi dopo. Il tasso calcemico non ha subìto variazioni.

Nel 2º caso si trattava di una donna affetta da poliartrite anchilosante a tipo periferico, sofferente da 10 anni.

La radiografia dello scheletro dimostrava decalcificazione senza proliferazioni ossee.

Il tasso calcemico era normale 0,098 ‰.

L'operazione consistette nel togliere un frammento riconosciuto all'esame istologico per tiroide normale.

Anche in questo caso si ottenne miglioramento immediato che permane dopo un mese. La calcemia è rimasta invariata.

Gli autori concludono che l'ipocalcemia non è una contro indicazione al trattamento chirurgico della poliartrite anchilosante.

Inoltre se i buoni risultati da loro ottenuti fossero confermati da altri, converrebbe sostituire nella cura chirurgica della poliartrite anchilosante alla paratiroidectomia, il simulacro di questo intervento che dà dei risultati eccellenti senza privare l'organismo di nessuna delle sue ghiandole essenziali.

Nella seduta del 19 dicembre 1931 della Società di Medicina del Basso-Reno il Simon presenta un'altra ammalata di reumatismo cronico da 10 anni, trattata con l'isofenilizzazione della regione tiroidea 8 giorni prima e nella quale come negli altri si era avuta cessazione dei dolori, scomparsa degli edemi periarticolari, possibilità di movimento fino ad allora impossibili.

Anche in questa all'intervento si trovò una tiroidite atrofizzante.

Egli attribuisce il risultato al risveglio della funzione tiroidea e forse anche paratiroidea.

Anche le paratiroidectomie e le tiroparatiroidectomie agirebbero con lo stesso meccanismo. B. PAGGI.

Il tubo digestivo nei reumatici cronici.

(COSTE e FORESTIER. *Nutrition*, n. 2, 1932).

L'esistenza di disturbi digestivi nei reumatici cronici è un fatto assai antico, il concetto della loro importanza etiologica è invece un concetto relativamente moderno.

Nel reumatismo acuto accanto alle localizzazioni articolari si cominciò a riconoscere una localizzazione faringea, l'angina reumatica, e una enterite reumatica dissenteriforme: reumatismo degli intestini di Stoll.

Bouchard mise il reumatismo in rapporto con certe malattie digestive: egli descrisse le nodosità paraarticolari tra falange e falangina, simili (ma non identiche a quelle di Heberden) che sarebbero dovute a discrasia acida generata dalle fermentazioni gastriche. Poi Gilbert e Fournier lanciarono il reumatismo epato biliare, fratello del reumatismo digestivo. La nozione dell'infezione passò sempre più al primo piano nella etiologia del reumatismo cronico. Gilbert attribuisce il reumatismo digestivo o biliare ad una tossi-infezione intestinale favorita da una deficienza epatica. L'attuale teoria americana della infezione focale

non è in fondo che un perfezionamento di questa teoria.

A questa teoria se ne ricollega un'altra basata sulla scoperta della anafilassi di Richet: non si tratta più di una semplice tossi-infezione, ma di una sensibilizzazione allergica delle articolazioni per opera di un germe o di un veleno venuto da un focus speciale. La vecchia diatesi artritica non sarebbe che una attitudine dell'organismo a polisensibilizzarsi (Leri). Il reumatismo serico conduce poi al concetto più generale di artrite proteinica di Besançon. In tutti questi concetti, secondo gli AA. poche cose sono acquisite, quasi tutte ipotetiche e la più gran parte avventurose o inesatte.

Le infezioni *bucco-rino faringee* vengono accusate da molti AA. Ma le statistiche che dimostrano le enormi frequenze di queste lesioni nei reumatici sono incomplete perchè mancano di statistiche parallele fatte negli stessi paesi presso individui non reumatici, che forse ci darebbero delle cifre ugualmente alte. È vero che spesso nei reumatici si ha una grave perdita dei denti, ma ciò potrebbe essere dovuto ad una contemporanea localizzazione del reumatismo come artrite alveo-dentaria. Gli effetti terapeutici, cioè la cura di questi focolai è veramente efficace nelle forme reumatiche. Gli AA. d'oltre oceano dicono di sì, ma noi Europei non abbiamo avuto la stessa fortuna.

Circa le malattie dello *stomaco*, dal semplice punto di vista clinico non pare che i reumatici ne siano colpiti più degli altri. Gli anglo-sassoni danno notevole importanza alla ipocloridria. L'ipoacidità agirebbe per alcuni diminuendo la attività battericida del succo gastrico. È certo che l'ipocloridria aggrava la setticità intestinale; essa potrebbe anche agire determinando una discrasia acida (Bouchard) che favorirebbe la decalcificazione, ma nulla prova che l'ipocloridria sia la causa iniziale della artrite.

L'influenza dell'intestino pare maggiore di quella dello stomaco.

Esistono certamente delle sindromi entero-renali indiscutibili, ma non è facile dimostrare il rapporto di causa ad effetto. Spesso guarendo l'intestino non guarisce il reumatismo. Si ha insomma l'impressione che un rapporto esista, ma non si può da un semplice rapporto tirare delle conclusioni eccessive.

Gilbert e Lereboullet hanno proclamata una verità clinica certa assegnando a certe oligo o poliartriti subacute una causa *epato-biliare*. Non si tratterebbe che di un focus speciale analogo a quello della infezione dentaria o tonsillare. Ma gli argomenti clinici e terapeutici non hanno valore dimostrativo certo.

Vi è poi lo *studio batteriologico* della questione. In questo è notevole il fatto che gli AA. nel polimicrobismo delle vie digestive si siano quasi tutti fermati allo streptococco. Vi sono poi vari punti deboli in queste accuse. Primo: non si è d'accordo sulla specie di streptococco da incriminare: i più degli AA. trovano il viridans; Burbank e Hadjopulo distinguono: lo streptococco emolitico darebbe la poliartrite, il viridans la artrite secca. Birkhang invece ha isolato uno streptococco anemolitico, ecc.

Scuote un po' il vedere incriminare delle specie microbiche così varie, benchè si debba ammettere, può essere, con Rosenow la loro mutabilità reciproca. In conclusione i dati batteriologici non dimostrano l'ufficio etiologico dei focolai di infezione digestiva nel reumatismo cronico, nè, sopratutto, che il responsabile sia lo streptococco.

Si è pensato allora all'*intossicazione* di origine intestinale, ma pure essendo in questa concezione qualche attrattiva, finora manca ogni prova sicura di ciò.

Restano per ultimi i concetti della *sensibilizzazione d'origine intestinale*. Molti autori si sono lasciati sedurre dal concetto della allergia: vi è anzitutto come base la possibilità di sensibilizzare e desensibilizzare l'organismo per via digestiva: poi l'osservazione corrente di poliartritici sensibili a un dato alimento; poi miglioramenti ottenuti con vaccini enterogeni; poi la conoscenza del reumatismo serico, delle artriti proteiniche, della curiosa sensibilità delle articolazioni a cause allergiche. I fatti paiono molti, ma l'interpretazione è difficile e può essere fallace. L'allergia è un meccanismo fisiopatologico complesso, molto poco conosciuto, vi sono troppe cose variabili, troppo cose problematiche in essa per accettarla se non come *ipotesi* etiologica.

In conclusione: nè la clinica, nè i risultati terapeutici permettono di precisare con sicurezza i caratteri, l'importanza, la frequenza del reumatismo digestivo: lo stato reale del problema è lungi dalla sua soluzione.

L. TONELLI.

Fibrosite e reumatismo muscolare.

(C. W. BUCHLEY. *The Practitioner*, genn. 1933)

Le variazioni atmosferiche possono solo predisporre alla febbre reumatica; nella così detta fibrosite, che colpisce fascie, aponeurosi e tendini, l'influenza delle variazioni atmosferiche è notevolmente maggiore. In quanto al reumatismo muscolare, questo è facilitato anche da strapazzo muscolare in soggetti non allenati, da traumi più o meno notevoli. Altra causa predisponente è il vestiario inadatto. Sono innegabili anche fattori ereditari.

Nella diagnosi differenziale del reumatismo muscolare bisogna escludere la spondilite (specialmente se i dolori sono a carico dei muscoli del collo), i difetti oculari (che possono dare cefalea), le tonsilliti (che possono dare dolori

al collo). Se i dolori sono a carico delle spalle, bisogna poter escludere la neurite. Il dolore alla porzione dorsale più bassa e sacrale è arduo per la diagnosi, dovendo escludere le distrazioni muscolari, le spondiliti, le artriti sacro-iliache, l'ascesso perirenale, la metastasi ossea di tumore maligno prostatico o di altri organi. La fibrosite delle masse glutee si può confondere colla sciatica.

La cura nelle forme acute si limita al riposo, alla purga, alla dieta leggera e ad applicazioni calce locali. Si può anche dare dei salicilici, dell'atophan. Utile è anche l'immobilizzazione locale con un cerotto adesivo.

Nelle donne di media età è frequente un disturbo della tiroide, e allora sono utili gli estratti tiroidei e i preparati iodici.

Nelle forme croniche, utili le applicazioni di raggi infrarossi, o di diatermia, o la ionizzazione con salicilato di sodio. Il massaggio può essere utile se ci sono dei noduli.

Nell'alimentazione si devono evitare tutti gli eccessi, specialmente dei carboidrati. I vaccini sono utili se si trova un'infezione focale. La cura in una stazione termale è certamente molto efficace nelle forme croniche.

R. LUSENA.

Artriti croniche con speciale riguardo alla terapia vaccinica endovenosa.

(MACNIDER WETHERBY e B. J. CLAWSON. *Arch. intern. med.*, febbraio 1932).

Non vi è ancora accordo sulla classificazione delle forme che vanno sotto il nome di artrite cronica; anche i dati anatomopatologici non sembrano permettere conclusioni precise: i fatti a tipo prevalentemente proliferativo parlano per la natura infiammatoria e infettiva del processo; i fatti invece a tipo degenerativo e regressivo non si inquadrano bene con una genesi infettiva della forma. Pur tuttavia non può escludersi che i due ordini di fatti possano riconoscere una causa comune, in questo caso infettiva. Partendo da tale concetto e in attesa che ricerche ulteriori possano portare luce sull'argomento, e in base anche ai risultati ottenuti finora mediante un trattamento vaccinico nel reumatismo articolare acuto, gli AA. condussero le loro osservazioni su un centinaio di soggetti affetti da artrite cronica nei riguardi particolarmente degli effetti di un trattamento vaccinico eseguito per via endovenosa. I pazienti vennero sottoposti ad accurate indagini generiche e specifiche di laboratorio, come esami radiologici delle articolazioni affette, emocultura, cutireazioni con sospensioni di streptococco viridans, potere agglutinante del siero di fronte allo streptococco viridans. Dal punto di vista clinico venne tenuto conto della durata dell'affezione, dei dolori, della diffusione della forma, del grado di alterazioni articolari.

Già la semplice classificazione delle singole forme si presenta piena di difficoltà: secondo alcuni vi sono rapporti tra reumatismo acuto infettivo e artriti croniche, secondo altri no. In genere gli elementi di giudizio sono dati dal fatto che l'endocardite è concomitanza quasi costante nel reumatismo febbrile, mentre generalmente manca nell'artritismo cronico; inoltre nel reumatismo febbrile le condizioni articolari non rimangono stabilmente compromesse. Pur tuttavia esistono casi che non si prestano ad una netta differenziazione: forme di artriti croniche sono accompagnate da endocardite; casi di reumatismo febbrile con endocardite presentano manifeste alterazioni articolari di tipo cronico; si hanno, in altre parole, molti casi che rappresentano come dei termini intermedi tra i due grandi gruppi.

Le indagini radiologiche hanno dimostrato la presenza di tutti i vari tipi di lesione, e l'indagine radiologica stessa non può essere considerata come elemento e mezzo sufficiente di differenziazione in ogni caso: generalmente scarse sono le alterazioni radiologiche nei malati giovani a differenza dei vecchi: in questi ultimi prevalgono le neoformazioni ossee, mentre nei primi si hanno più spiccate lesioni della sinoviale e dei tessuti periarticolari.

Dal punto di vista etiologico vi è una grande disparità di opinioni: vi è però attualmente tendenza *ad assegnare sempre maggiore importanza agli streptococchi*: speciale significato hanno le statistiche di Richards che trovò nel sangue di persone con artriti croniche con notevole frequenza lo streptococco viridans, e quelle più recenti di Cecil, Nicholls e Strainsby che coltivarono streptococchi dal sangue nel 62 % dei casi, e dalle articolazioni nel 67 %. Anche gli AA. coltivarono streptococchi nel 50 % dei loro casi, ottenendo da altrettante persone normali emoculture positive per lo streptococco nel 2 %: dei 35 casi con emocultura positiva nei soggetti di artrite cronica, un caso era risultato positivo per lo streptococco emolitico, e 34 casi dimostrarono la presenza di streptococchi viridans o anemolitici.

Dal punto di vista immunitario gli Autori studiarono le cutireazioni e le agglutinazioni, facendo ricerche comparative in questo senso prima e dopo il trattamento vaccinico. Per le agglutinazioni venne cimentato il siero contro una sospensione di streptococco viridans isolato dal sangue in un caso di reumatismo febbrile acuto: il potere agglutinante medio dei sieri degli artritici cronici prima del trattamento vaccinico risultò di 1:132, dopo il trattamento, di 1:11,525.

Le prove cutanee (intradermoreazione) vennero fatte usando una sospensione del medesimo ceppo di streptococchi usato per le prove agglutinanti: risultò una certa maggior per-

centuale di prove positive nei soggetti con artrite cronica rispetto ai controlli.

Per il trattamento vaccinico gli AA. partirono dal concetto della infeziosità delle artriti croniche e dalla cutireattività di questi ammalati di fronte a sospensioni di streptococchi che dimostra la loro ipersensibilità a questi germi: e inoltre, dal risultato sperimentale di ricerche precedentemente condotte sugli animali di laboratorio. Il trattamento endovenoso venne condotto iniettando dapprima ogni 5-7 giorni per cinque volte, generalmente 100 milioni di germi uccisi; successivamente le iniezioni vanno distanziate tra i 7 e i 14 giorni e le dosi salgono gradualmente da 100 milioni sino ad 1 miliardo, ma generalmente non oltre. Durante il trattamento vaccinico endovenoso furono riscontrate delle reazioni a tipo prevalentemente generale con brivido e febbre a distanza di qualche ora dalla iniezione, ma mai furono osservate reazioni immediate tali da richiamare il tipo della reazione anafilattica da siero: brividi e febbre duravano qualche ora. Qualche rara volta comparve vomito, diarrea, nausea, cefalea.

Vi furono poi dei casi (circa il 25 %) che non presentarono affatto reazioni di alcun tipo.

I risultati ottenuti vengono opportunamente commentati.

Ricordato che i malati trattati con vaccinoterapia streptococcica endovenosa erano stati più o meno tutti precedentemente sottoposti a svariate terapie fisiche e anche immunitarie (trattamento con vaccino tifico con risutalti sfavorevoli), senza aver tratto particolare beneficio, e ricordato ancora che nel giudicare del risultato di un trattamento terapeutico in casi di artrite cronica va sempre tenuto presente un fattore psicologico di notevole importanza, gli AA. dichiarano di aver fondato il loro giudizio sul miglioramento conseguito in seguito a trattamento vaccinico: 1) dalla diminuzione dei dolori; 2) dal netto aumento della motilità articolare; 3) dalla possibilità di ripresa della deambulazione; tenuto conto di questi criteri generici, risultò che il 75 % dei malati riportò dal trattamento sicuro miglioramento, che il rimanente 25 % non presentò alcun miglioramento, alcuni malati anzi avendo presentato un certo peggioramento, che tuttavia, dall'andamento clinico della forma presentata, non deve essere giudicato probabilmente maggiore di quello che spontaneamente sarebbe intervenuto anche in assenza del trattamento vaccinico. Generalmente il miglioramento interviene già durante i primi trattamenti, solo in qualche caso esso essendo intervenuto tardivamente.

Del contegno delle agglutinazioni prima e dopo il trattamento è già stato detto; le intradermoreazioni nei casi trattati, positive in tutti prima del trattamento, divennero successivamente negative o si ridussero notevolmente di intensità in oltre la metà dei casi.

Non sembra, secondo gli AA., che questi risultati siano riferibili esclusivamente ad una terapia proteica aspecifica, data la differenza coi risultati ottenuti usando nel trattamento delle artriti croniche il vaccino tifico. Nè d'altra parte sembra possa parlarsi di terapia specifica in senso stretto, bensì, sempre secondo gli AA., di una terapia parzialmente specifica.

CH.

RENI E VIE URINARIE.

Rene policistico. (Considerazioni diagnostiche).

(G. OLIVIERI. *Riforma Medica*, 6 agosto 1932).

Per la varietà della sintomatologia clinica e funzionale, il rene policistico nell'adulto costituisce in pratica una delle affezioni di non facile diagnosi, senza l'ausilio di indagini speciali. In linea generale si può dire che l'insieme dei sintomi con i quali si delinea il quadro morboso (poliuria, albuminuria, sindrome lenta di insufficienza renale, ematuria, dolori, ecc.) può guidare alla esatta diagnosi solo quando sia stata rilevata all'indagine clinica l'esistenza di una tumefazione renale, sopratutto se questa si percepisca bilaterale, e l'organo ingrandito presenti superficie irregolare bernoccoluta. Quale caratteristica funzionale dell'affezione viene riportata dalla maggior parte degli AA. una deficiente eliminazione delle sostanze coloranti in evidente disaccordo con la eliminazione ureica per lo più normale.

Patognomonica dell'affezione è ritenuta l'esistenza nel sedimento urinario dei cosidetti « corpi a rosetta » (corpuscoli microscopici a strie concentriche e radiate con reazioni di sostanze amiloidi) trovati da Jacob, Davidson, Askanazy nel liquido delle cisti estratto con la puntura esplorativa e da altri AA nell'urina di individui affetti da rene policistico.

Allorchè la tumefazione bilaterale e clinicamente rilevabile ha superficie irregolare, decorre con apparente stato di benessere dell'infermo o si accompagna a dolori, poliuria, sindrome di nefrite cronica, ecc., riesce agevole porre la diagnosi. Nonpertanto anche in simili evenienze l'errore può talvolta aver luogo.

Dubbia e complicata, talora addirittura impossibile si presenta la diagnosi allorchè la tumefazione renale si presenta o viene rilevata in un sol lato. Con il cateterismo degli ureteri si potranno eliminare l'idronefrosi ed in maniera generale tutte le ritenzioni renali; ma nell'ordine dei tumori, fra un cancro, un tumore pararenale, una cisti da echinococco o un rene policistico la diagnosi non sembra possibile che solo quando il tumore è conosciuto da un gran numero di anni; essendo la lenta evoluzione quasi particolare del rene policistico.

Allorchè la malattia policistica si accompagna ad infezione e suppurazione, l'esatta dia-

gnosi il più delle volte si può fare soltanto dopo la lombotomia.

Essendo la puntura esplorativa sconsigliata dalla maggior parte degli AA. perchè non sempre innocua, molto interessanti e utili possono riuscire in simili casi le indagini uro-radiologiche. La radiografia semplice può rendere talora utili servizi mettendo in evidenza un'ombra renale ingrandita con superficie irregolare e contorni protuberanti. Maggiori dettagli senza dubbio potrebbero ottenersi associando indagini uro-radiologica e pneumo-peritoneo, se il metodo non si presentasse non privo di pericoli. Attualmente i migliori risultati si ottengono con la radiografia di contrasto (uretero-pielografia retrograda). I reperti ottenuti dai vari AA. non concordano perfettamente, a causa dei vari stati di evoluzione della malattia durante i quali vengono eseguiti e a causa delle speciali modalità delle lesioni. I pielogrammi possono assumere la forma più diversa: zampa di ragno, molino a vento, forma di foglia per la dilatazione e l'arrotondamento dei calici, ecc.

I tumori del rene, pur fornendo ordinariamente reperti pielografici abbastanza caratteristici (irregolarità di contorno e difetti di ombra del bacinetto, restringimento o dilatazione del suo lume, amputazione di alcuni o tutti i calici, spostamento mediale dell'uretere, ecc.), possono talvolta presentare pielogrammi simili a quelli che si ottengono nel rene policistico. In questi casi, l'esistenza d'alterazioni pielografiche bilaterali costituisce valido criterio differenziale per la diagnosi della malattia policistica.

Nessun grave rischio offre la uretero-pielografia retrograda bilaterale purchè venga delicatamente eseguita, iniettando lentamente la sostanza opaca; in caso di marcata insufficienza renale è consigliabile praticarla prima in un lato e poi nell'altro in due sedute più o meno distanziate.

L'urografia discendente in genere meglio accetta agli ammalati e di più facile esecuzione, dà in genere risultati insufficienti.

C. TOSCANO.

Considerazioni sulle difteriti maligne mortali. Valore delle lesioni renali e dell'azotemia.

(J. CHALIER, LÉVRAT, FROMENT e ROMAN-MONNIER. *Annales de Médec.*, novembre 1932).

Dal 1926 è stata notata un po' dappertutto una recrudescenza manifesta della difterite, non solo per numero dei casi ma anche per la frequenza di forme maligne e aumento della mortalità.

Le lesioni renali sono importanti per spiegare i casi maligni e per lo più sono state prese in scarsa considerazione, perchè le forme mortali si attribuivano a lesioni tossiche bulbari, a lesioni cardiache, a insufficienza surrenale acuta. È certamente queste lesioni intervengono in vari casi. Ma le lesioni renali, secondo gli AA., sono le principali responsabili delle forme maligne e l'azotemia, seguita nel decorso della malattia, come fecero essi ed altri dal 1924 in poi, ne è l'esponente. L'azotemia è aumentata in un notevole numero di difterici ed è spesso superiore a 1 ‰ nelle forme mortali.

Gli AA. hanno studiato tutti i casi mortali di un semestre, compresa l'osservazione anatomica. Hanno veduto 6 casi con lesioni renali e surrenali, 2 casi con lesioni renali, surrenali e cardiache, 3 casi con lesioni renali e cardiache e 1 caso con sole lesioni renali. L'evoluzione della malattia è stata sempre rapida: da 4-10 giorni.

I reni si presentavano congesti, a volte con focolai emorragici, raramente con lesioni interstiziali e glomerulari, mentre spesso ci sono lesioni epiteliali dei tubuli.

In tutti i casi c'è stata oliguria con albuminuria e cilindruria, e qualche volta ematuria.

L'azotemia è stata di 0,47 in un solo malato, mentre in tutti gli altri casi è stata da 0,87 in su (fino a 2,80).

Ci sono sintomi che si devono interpretare come uremici: anoressia, vomito, diarrea, rapido dimagramento, sonnolenza e a volte convulsioni. Ci fu anche spesso pallore e astenia. Mai Cheyne-Stokes nè altri disturbi respiratori.

Ci sono anche segni a carico delle surrenali (ipotensione, ipocolesterinemia, ipoglicemia, fenomeni sincopali), del cuore, del fegato, del sistema nervoso. Però sempre in tutti i casi gli AA. ebbero lesioni renali, non ebbero in tutti lesioni di altri organi. Per questo essi ritengono che le lesioni che determinano la malignità della difterite sono pluriviscerali, ma per ordine di frequenza e d'importanza spetta il primo posto ai reni; poi vengono le surrenali e poi il cuore.

Praticamente, l'azotemia può costituire un elemento prognostico, nel senso che azotemia superiore a 1 che si mantiene così alta anche ad un secondo esame è di prognosi certamente infausta.

R. LUSENA.

Regime dei nefritici.

(IDE. *Le Scalpel*, n. 11, 1932).

L'A. che ha già 40 anni di pratica medica e che ha visto la continua evoluzione del regime delle nefriti, fa una comunicazione alla Società medico chirurgica di Brabante.

Cinquant'anni fa non si distinguevano che le nefriti acute, subacute o croniche, e per tutte le albuminurie indistintamente vigeva il motto: « letto, latte, acqua e non una goccia di alcool » e questo era pure il regime delle gastriti, delle enteriti, di vari stati febbrili, dei cardiaci, degli epatici e dei vecchi e dei bambini.

Oggi molto è cambiato e ci si deve liberare

ancor più del bagaglio antico: bisogna essere moderni senza paura e senza tradizioni. Diversi tipi di albuminurie si distinguono ogni una delle quali richiede un trattamento particolare.

L'albuminuria brigtica è la più frequente e più resistente: guarire un processo brigtico è impossibile qualsiasi cura si faccia. Si tratta piuttosto di ritardare l'uremia riducendo i sali e l'urea e questo si ottiene non col regime latteo solo il quale è sì un regime declorurato ma è ricco di azoto.

Conviene dare sostanze feculenti, grassi, zuccheri, frutta e legumi, occorre inoltre un minimo di 60 gr. di proteine al dì, altrimenti l'ammalato brucia le proprie proteine, e questa quantità può essere data o da due litri di latte, o da 300 gr. di carne o da 6 uova. Nella scelta delle proteine da dare è prudente, ma non obbligatorio dare 100-150 gr. di carne, non importa di quale carne si tratti. Per le bevande si può pure concedere un po' di alcool, per esempio un bicchiere di vino durante il pasto in cui si mangia la carne, ciò non si sarebbe mai permesso nel secolo scorso, e si può anche dare un po' di caffè, che serve a sostenere il cuore che nei nefritici cronici è sempre interessato. Si daranno poi piccole dosi di digitale e si aiuterà il sonno con un po' di gardenal. Di questo regime un po' largo gli ammalati sono contenti e non essendo messi bruscamente a dieta rigorosa restano pieni d'illusioni.

Altra albuminuria, distinta da quella brigtica, è quella gottosa nella quale il rene non diventa insufficiente ed in cui non è necessario il regime dei brigtici.

Si tratta di uomini sulla cinquantina con stato generale buono, con cuore che non si ipertrofizza, e con pressione spesso bassa, questi casi hanno prognosi anche migliore e dopo 5 a. di durata non si può più dubitare di questa forma gottosa, non si tratta di nefrite cron. brigtica, e l'ammalato può riprendere il regime ordinario.

C'è poi *l'albuminuria senile*: che ci può essere lieve dopo i 70 a. con poliuria ed anche con ipertensione: anche questa forma non merita un regime stretto e a meno che non ci sia una necessità assoluta, è regola di prudenza non toccare il regime dei vecchi.

Ci sono poi le nefriti e le nefrosi in cui tutto il tessuto renale è uniformemente malato, glomeruli e tubuli; di queste il primo sintoma è l'edema cloruremico. Nel periodo di stato il regime declorurato col latte ha la sua applicazione, 2 litri di latte non contengono che 3-4 gr. di sale da cucina: questa quantità di latte non è da superare, anche per il contenuto albuminoideo del latte stesso. Per le calorie mancanti si può dare zucchero, bevande dolci, crema di latte, sostanze feculenti. Quando gli edemi sono scomparsi si può allargare il regime, cercando di stare sotto alla capacità di eliminazione, che si può controllare dosando i cloruri sia a digiuno che dopo un apporto volontario di cloruri.

Nella nefrosi lipoidea poi conviene un regime senza alcuna restrizione renale, ricco di albumine per compensare la perdita abbondante di essa, non essendo la nefrosi lipoidea una malattia renale.

Lo stesso regime libero si addice al rene amiloide, nell'albuminuria dei diabetici, deve prevalere il regime diabetico, l'albuminuria ha in quel caso minore peso, può essere in rapporto con piccole crisi di acetonemia. Nessuna dieta renale pure si farà in una albuminuria ortostatica bene accertata, e così nella tubercolosi renale che deve essere presto riconosciuta e consegnata al chirurgo per la nefrectomia.

L'albuminuria dei prostatici poi non esige alcuna dieta particolare, all'opposto di quanto si faceva una volta. Nell'albuminuria gravidica, dovuta secondo l'A. alla stasi, per la pressione dell'utero sugli ureteri, il rimedio non è il latte e il letto, ma il letto solo, restando cioè ad arti orizzontali ed alternando la posizione sul fianco destro e sinistro. In casi di resistenza della forma si potrà ricorrere al drenaggio permanente degli ureteri con una sondina speciale. Quando poi si arriva ad una malattia renale avanzata incurabile si può dire agli ammalati con Naunyn « Fate ciò che volete entro certi limiti ». CORELLI.

Il trattamento della calcolosi nell'uretere inf.

(J. DELHINGER BARNEY e R. CHUTE. *Journ. of Urol.*, vol. XXV, n. 2).

Si tratta di 123 osservazioni di calcoli dell'uretere fatte dagli AA. tra il 1920 e il 1930.

Nel 9,75 % dei malati era avvenuta l'eliminazione spontanea dei calcoli, prima del ricovero dei pazienti nell'ospedale; e in molti altri l'eliminazione spontanea si è verificata durante la degenza ma all'infuori di ogni manualità.

Dapprima si è cercato di non ricorrere all'operazione, ma di tentare un trattamento endoscopico. Così in seguito a manovre cistoscopiche sono stati eliminati 40 calcoli in 35 malati.

Per aiutare l'eliminazione si sono provati strumenti sia semplici, sia complicati; tra i più utili e pratici sono quelli con uncino, in quanto hanno i migliori requisiti. Infatti bisogna che con lo strumento si possa modificare la posizione del calcolo, dilatare il lume ureterale e quindi estrarre il calcolo stesso.

Si sono usate 1 o 2 sonde ureterali lasciate in posto da 24 a 72 h. e in certi casi si è dovuto ricorrere alla sezione del meato ureterale o con le forbici o con la folgurazione.

Tutte le volte che il trattamento suddetto ri-

mase senza effetto si ricorse all'operazione (73 operazioni per 80 calcoli in 72 malati).

Le incisioni più adoperate sono state quella di Gibson e quella di Judd che hanno ciascuna vantaggi e svantaggi, e precisamente la prima ha il vantaggio di dare un accesso diretto sull'uretere che però non può essere aperto così in basso come permette l'incisione di Judd, con la quale d'altro lato l'uretere si reperta più difficilmente.

La fistola dell'uretere ha una durata media di circa 16 giorni e indipendentemente dall'eseguita o no sutura dell'uretere stesso che in 4 casi è rimasto aperto lasciando una sonda nel suo lume.

Alcune volte, avendo inavvertitamente spinto il calcolo nella vescica, si è poi estratto col cistoscopio o con l'aspiratore.

In tutto si sono perduti 4 malati: uno anziano per choc; un altro per ulcera gastrica perforata e uremia; due durante l'operazione.

SCANDURRA.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

V. FISCHL u. H. SCHLOSSBERGER. *Handbuch der Chemoterapie. Erster Teil: Metallfreie organische Verbindungen.* 1 vol. in-8°, di pagine VIII-357. Ed. « Fischers », Leipzig. Prezzo per sottoscrittori alle 3 parti: M. 29; prezzo commerciale a opera ultimata: M. 34.

La chemoterapia è ricchissima di promesse; basti pensare ad alcune delle sue conquiste più significative, come gli arsenobenzoli, la tripaflavina, la plasmochina, l'atebrina, ecc.

Nonpertanto mancava una trattazione generale sulla vasta materia: gli AA. si sono assunto il difficilissimo compito di compilarla. Notiamo che il Fischl dirige un Reparto nella fabbrica Schering-Hahlbaum e che lo Schlossberger fa parte dell'Istituto Federale di Sanità a Berlino-Dahlem: il chimico e il medico si completano.

Il lavoro risulterà di due sezioni: una generale ed una speciale; ora vede la luce la prima parte della Sezione speciale, e concerne i composti organici privi di metalli. Essa comprende 12 capitoli riguardanti i derivati della chinolina, della chinina, dell'emetina, dell'acridina, dell'urea, i composti clorati, gli acidi grassi, gli aminoacidi, varie sostanze coloranti, i sieri d'uomo e di scimmia, ecc.

Il lavoro è straordinariamente ricco di dati; basti rilevare che tra gli antimalarici, oltre la chinina e numerosi rimedi sintetici, sono prese in esame 18 piante o gruppi di piante tra loro dissimili. La bibliografia è molto copiosa.

Questo ramo di ricerche, il quale richiede larghezza di mezzi, è quasi del tutto trascurato in Italia. Sarebbe desiderabile che si provvedesse ad instaurarlo, in ragione dell'importanza assunta e degli sviluppi prevedibili.

L. VERNEY.

H. v. HOESSLIN u. F. MÜLLER. *Theoretische und klinische Pharmakologie.* 4ª Ediz. Vol. in-8° di p. X-245, Edit. Georg Thieme, Lipsia, 1933. Rilegato. Prezzo M. 10,20.

Gli AA. espongono le nozioni fondamentali della farmacologia, in un testo oltremodo condensato ma chiaro, sovratutto idoneo per l'insegnamento universitario, il che spiega il grande esito del libro.

Questo consta di 4 parti: introduzione, farmacologia generale, farmacologia speciale, teoria delle azioni farmacologiche. Lo sviluppo maggiore è assunto, naturalmente, dalla parte speciale, divisa in 35 sezioni e moltissime sottosezioni. Troviamo nozioni che per solito non figurano nei testi di farmacologia, ma che giovano a completare la trattazione: per es. sull'omeopatia e sul naturismo. L'ultima parte contiene, in poche pagine, utilissime nozioni generali di fisico-chimica e sui rapporti tra costituzione chimica ed azione farmacologica. Un ricco indice per materie agevola la consultazione.

L. V.

G. GOGLIA. *Guida pratica di Terapia clinica.* Un vol. in-16°, di pag. 387, rilegato. V. Idelson, Napoli, 1932. Prezzo L. 35.

La « Guida di terapia clinica » del Prof. Goglia, di cui vediamo qui la seconda edizione, ha scopi eminentemente pratici. La materia è disposta secondo l'ordine alfabetico delle malattie, delle sindromi, dei sintomi principali: Adenopatia tracheo-bronchiale, Amenorrea, Anemia, Gotta, Tifo, Uremia, ecc. Quando si tratta di sintomi, ne sono accuratamente vagliate le varie cause, che possono dar luogo a trattamenti diversi. Vengono poi dati gli opportuni consigli sull'assistenza del malato e sulla cura, con numerose ricette (oltre 670) ed un'accurata scelta dei metodi di trattamento più rispondenti nella pratica.

Seguono, in appendice, le tabelle per la posologia per adulti ed infantile e la volumetria abituale.

Libro di utile e comoda consultazione per il medico.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica Veronese.

Seduta del 5 dicembre 1932.

Presidente: dott. F. DELAINI.

Prof. M. ARTOM. — *Presentazione di culture di vari ifomiceti.*

L'importanza della coli-bacillosi nel campo ostetrico e ginecologico.

Prof. O. VIANA. — L'O. rileva come la coli-bacillosi, molto conosciuta in Francia, sia altrove studiata solo sporadicamente e con scarso interesse. Dopo aver esposto alcune caratteristiche del b. coli parla brevemente delle *sindromi enterorenali* o *enterogenitourinarie* dovute a questo germe e quindi accenna alle complicazioni provocate dal medesimo in gravidanza e in puerperio (pielonefriti, aborti, infezioni puerperali, flebiti). Passa poi ad esporre le localizzazioni genitali della coli-bacillosi fuori dello stato gravidico e si sofferma sulla diagnosi delle varie forme, basandosi specialmente sull'esame batteriologico e culturale. Parla infine della terapia e sopratutto della vaccinazione, che, nel campo ginecologico, può essere applicata anche localmente o per la porta di entrata secondo Poincloux.

Dott. E. FIORINI. — *L'azione dei narcotici (etere e cloroformio) sul sangue di cavia ed in particolare sui corpi di Kurloff-Foà-Carbone.*

Considerazioni su alcuni casi di gangrena gassosa da iniezioni ipodermiche e ipodermoclisi.

Dott. B. DAL SANTO. — L'O. dopo avere accennato alla importanza dello studio della gangrena gassosa da iniezioni ipodermiche e ipodermoclisi, passa in rassegna i fattori, generali e locali, che ne favoriscono l'insorgenza, ed espone tre casi osservati dal 1929 a tutt'oggi nell'Ospedale Civile di Verona. Discute sulle teorie circa la genesi dell'infezione, ed analizza quali possono essere i dati forniti dai casi esposti in pro dell'una o dell'altra, in attesa di ulteriori studi ed esperienze sull'argomento.

Discussione: Proff. SPANGARO, VIANA, ARTOM.

Dott. U. BORGETTI. — *Modificazioni della formula leucocitaria della cavia in seguito a trattamento adrenalinico.*

Seduta del 9 gennaio 1933.

Meningiti linfocitarie simulanti la meningite tubercolare.

Prof. A. ROSSI. — L'O. prendendo lo spunto da un caso clinico, si sofferma a discutere di un gruppo particolare di meningiti linfocitarie benigne, guaribili, descritte in modo particolare Roch, Apert, Wallgrenn. Il quadro clinico si differenzia da quello delle forme specifiche per alcune particolarità. L'agente patogeno è tutt'ora ignoto, probabilmente è da ricercare in un virus neurotropo come ammette Vallgrenn. La diagnosi differenziale è però tutt'altro che facile nel corso del processo morboso.

Discussione: Prof ARTOM.

Prove biologiche e cliniche su di un nuovo preparato.

Dott. S. FIOCCO. — L'O. riferisce le esperienze eseguite con composto solubile ed iniettabile di acido acetilsalicilico ed esametilentetramina, scoperto dal prof. Panini, direttore della Farmacia Ospitaliera di Verona.

Discussione: Prof. ARTOM

Su di un caso di fibrosarcoma cutaneo.

Dott. BORTOLANI. — L'O. riferisce un caso di fibrosarcoma della cute dell'addome di una donna di 63 anni, iniziatosi 34 anni prima. Dopo aver riportato le caratteristiche cliniche ed istologiche della forma tumorale, si sofferma a discuterne il carattere di malignità. Sulla scorta di preparati istologici ammette l'ipotesi che i punti descritti da Darier come travate di sarcoma fascicolato, possano identificarsi con elementi del fibroma in via di sviluppo. Pur ritenendo tale concezione passibile di critica, la considera più consona all'andamento clinico della forma morbosa che è quello di una affezione benigna.

Discussione: Prof. ARTOM: conferma i concetti esposti dall'O. e insiste sul contrasto tra malignità istologica e benignità clinica della forma.

Può l'insulino-terapia guarire il diabete mellito?

Dott. E. SECCO — L'O. illustra il caso di una sindrome diabetica grave insorta in una donna a distanza di circa un mese da una pregressa tonsillite influenzale. Un trattamento dietetico-insulinico condotto per oltre due mesi di degenza ospedaliera, portò alla scomparsa completa della glicosuria, della acetonuria e ad un ritorno quasi al normale della glicemia. Rivista la paziente a più riprese, venne sempre trovata clinicamente guarita nonostante l'abbandono di ogni terapia insulinica ed un regime dietetico quasi normale. Dopo altri quattro anni di osservazione, sia i rilievi clinici che i dati di laboratorio confermano la stabilità dei risultati ottenuti. Riportandosi ai casi precedenti di Zoia, Bastai, Dogliotti, Rossi ed altri, pensa che forme infettive o tosso-infettive in genere possano dare origine ad una pancreatite acuta o subacuta sulla base della quale si esplica la sindrome diabetica che una ben condotta terapia dietetico-insulinica può in qualche caso condurre a definitiva guarigione.

Discussione: Prof. ROSSI: È d'accordo con l'O. e mette in rilievo l'abbassamento della soglia renale come uno degli effetti della terapia insulinica.

Il Segretario: M. ARTOM.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

L'indagine radiologica nei dolori lombari e sciatici.

La radiologia ci soccorre con molta efficacia nel ricercare le cause di queste forme morbose. Spesso (25 % dei casi) si tratta di una anormalità anatomica della colonna vertebrale (spina bifida, sacralizzazione della quinta lombare, emivertebre) e dell'apparato genitale (retroflessioni, retroversioni, prolasso dell'utero).

Nei casi che sono in relazione con un trauma, un radiogramma preso subito dopo il trauma stesso e confrontato con altri eseguiti più tardi può permettere delle osservazioni importanti.

Ma il più delle volte l'ischialgia è associata all'esistenza di foci infettivi, localizzati nei denti, nei seni, nel colon, nella cistifellea, nell'appendice o nell'apparato urogenitale, alla scoperta dei quali molto può contribuire lo studio radiologico anche quando non sia clinicamente sospettabile la loro sede. Si deve però esser cauti nel considerarli responsabili e quindi aggredirli prima di avere escluse tutte le altre possibilità etiologiche.

J. F. Brailford (*Brit. Med. Journ.*, 5 novembre 1932) insiste sulla importanza decisiva che ha l'indagine radiologica per la diagnosi di ascesso apicale dentario.

Ricorda inoltre come il morbo di Paget e le metastasi neoplastiche nella regione lombare possono essere rivelate dall'esame radiografico prima che divengano clinicamente apprezzabili.

E. CARLINFANTI.

La neurosi vegetativa dei piccoli bambini.

Secondo la descrizione di E. Feer (*Kinderärztliche Praxis*, 1932, n. 9) la malattia si inizia gradatamente con modificazioni depressive della psiche, forte prurito, disturbi del sonno ed inappetenza. Si ha poi forte sudorazione in tutto il corpo, specialmente alle mani ed ai piedi, oltre ad arrossamento simmetrico delle superfici volari e plantari; si possono avere eritemi anche in altre parti del corpo. Si arriva poi ad una vera macerazione e desquamazione della pelle, specialmente al palmo delle mani ed alle piante dei piedi. Le parti epidermiche che si staccano sono rigonfiate e l'epidermide sottostante arrossata.

Da parte del sistema nervoso si hanno in prevalenza disturbi della motilità, che ricordano il quadro della distrofia muscolare progressiva. Uno dei segni più caratteristici consiste nell'elevamento di pressione, fino a 120-150 mm. di Hg. e della frequenza del polso che raggiunge i 160-180 al minuto.

Dopo 2-3 mesi la malattia raggiunge il suo acme e gradatamente guarisce in altri 4-6 mesi; si hanno però delle ricadute. Sono colpiti generalmente i bambini fino a 4 anni.

La natura infettiva della malattia può essere sospettata per il fatto che ha una certa diffusione territoriale e stagionale; si osserva generalmente dal dicembre al maggio e rimane per anni in focolai bene delimitati. Essa ha probabili rapporti con l'encefalite epidemica.

La prognosi è favorevole; non vi è terapia specifica; utile è la somministrazione di alte dosi di atropina contro l'eccessiva sudorazione.

fil.

Contributo alla conoscenza dei rapporti fra corteccia surrenale e miastenia grave pseudo-paralitica.

H. Bernhardt e S. L. Simpson (*Klin. Woch.*, 10 dic. 1932) confermano — in base alla loro esperienza personale — l'efficacia terapeutica degli estratti di corteccia surrenale (Eucortone) nei casi di m. di Addison. La posologia è la seguente: 5-10 cc. per volta, preferibilmente per via endovenosa, e sino ad un totale di 20-30 e anche 50 cc. al giorno: nei casi più gravi è consigliabile diluire l'Eucortone in 300-600 cc. di soluzione glucosata al 5 %.

Nella miastenia grave pseudo-paralitica l'Eucortone non mostra alcuna effettiva azione terapeutica, il che verosimilmente va spiegato nel senso che la corteccia surrenale non ha importanza alcuna nella etiologia di questa malattia: la pressione e il tasso di zucchero e di calcio del sangue non vengono modificati dall'ormone: la percentuale di colesterina, invece, aumenta.

V. SERRA.

Resistenza alla poliomielite in rapporto all'età.

Le prove di neutralizzazione eseguite in individui di età differenti, hanno dimostrato che i nove decimi della popolazione cittadina che ha raggiunto l'età adulta sono immuni alla poliomielite.

Sembra chiaro, dunque, malgrado che i casi di P. siano circa 100 volte meno frequenti che quelli di difterite, che il virus della P. deve essere diffuso in tutta la popolazione come il *Corynebacterium diphteriae*. Evidentemente la immunità è il risultato di forme lievi (abortive), specie frequenti nel corso di epidemie.

I casi studiati dimostrarono che l'immunità può seguire alla esposizione al virus anche se nel periodo intercorrente fra contagio e constatazione dell'immunità non si possono osservare disturbi riferibili ad una P. abortiva.

Il fatto che sia stato trovato il virus nella gola di malati e di persone sane che sono state in contatto coi malati suggerisce a S. D.

Kramer (*Journ. Am. Med. Ass.*, 13 sett. 1932) l'ipotesi che la trasmissione del virus possa avvenire con un meccanismo simile a quello della trasmissione dell'agente della difterite.

A. CARLINFANTI.

TERAPIA.

L'efficacia dei nuovi rimedi antisifilitici.

È stata fatta più volte la questione se i nuovi rimedi antisifilitici (arsenobenzoli, bismuto) possano guarire radicalmente la sifilide o vi sia sempre il bisogno di ricorrere al mercurio.

C. Levaditi e P. Lépine (*La Presse médicale*, 27 giugno 1931) soprattutto in base a ricerche sulla sifilide sperimentale del coniglio risolvono la questione in senso affermativo e ritengono che una sifilide curata a tempo e con dosi abbastanza elevate di preparati bismutici od arsenobenzolici è suscettibile di guarire radicalmente. *fil.*

Il trattamento dello zona.

1. *Trattamento locale.* — Evitare le applicazioni umide (cataplasmi, impacchi); basta ricoprire l'eruzione con polvere inerte o con pasta all'acqua. Eventualmente svuotare le vescicole, pungendole con un ago passato alla fiamma e toccarle mattino e sera con acqua di Alibour.

Utile è il linimento oleo-calcare od anche l'etere picrico (Etere solforico, Alcool puro, ana grammi 50; Acido picrico, g. 5); spennellare ogni due giorni la lesione che è bene ricoprire con una compressa e cotone.

2. *Trattamento generale.* — Riguarda soprattutto l'elemento dolore. Per via orale, si possono somministrare:

Antipirina	cg. 50
Veronal	» 20
Estratto tebaico	» 1

oppure:

Salipirina	cg. 50
Bromidrato di chinina	» 10
Caffeina	» 3
Estratto tebaico	» 1

Da prenderne una o più cartine al giorno.

Se non si ottiene effetto, ricorrere alle iniezioni di salicilato di sodio per via endovenosa: 2-4 grammi al giorno, in soluzione di glucosio al 10 %. Anche il novarsenobenzol darebbe buoni risultati (da 15 a 45 cg.) e così pure l'autoemoterapia (5-15 cmc. di sangue ogni giorno od ogni 2 giorni). Sono stati preconizzati i raggi ultravioletti od infrarossi, ma specialmente la radioterapia (6 sedute, 2 la settimana, da 500 R. ciascuna).

Recentemente è stato proposto l'iniezione di vaccino antistafilococcico, incominciando con dosi deboli (1/4 di cmc. ed aumentando a 1/2 e poi ad 1 cmc.). Il processo morboso ne sarebbe accelerato e diminuirebbe la durata della fase dolorosa.

(*Presse médicale*, 16 luglio 1932).

fil.

Nella furuncolosi e nell'acne volgare.

Stahl (*Dermatologische Zeit.*, luglio 1932) raccomanda gli autovaccini di stafilococco aureo nella furuncolosi e dell'albo nell'acne. Si incomincia con cmc. 1,5 e, ad intervalli di 4-5 giorni, si aumenta di 0,5. Dopo 6 iniezioni, iniezione del sangue stesso del paziente, che rinforza l'azione del vaccino.

Come cura adiuvante, alcalinizzazione dell'organismo che però, secondo l'A., ha una efficacia secondaria di fronte a quella del vaccino. *fil.*

SEMEIOTICA.

Breve nota di semiotica degli ascessi ossifluenti.

S. Vacchelli (*La chirurg. degli Org. di Movimento*, fasc. 3, 1932) fa rilevare come spesso è difficile, con la semplice ispezione e palpazione, diagnosticare gli ascessi freddi di regioni muscolose del corpo in individui robusti o obesi. Non potendo in questi casi fidare sulla fluttuazione, egli procede nel seguente modo: striscia dolcemente con le dita andando dalla regione normale alla regione sospetta; se l'ascesso è presente, si apprezza la presenza di un piccolo gradino; ripetendo la manovra in vari sensi si può determinare l'estensione dalla raccolta.

Questo mezzo d'indagine vale solamente per determinate regioni e precisamente non per quelle ove l'ascesso può occupare una cavità (es.: l'ascesso della fossa iliaca), ma bensì per le regioni ove l'ascesso è compreso fra una superficie resistente (femore, quadrato dei lombi) ed una massa muscolare ed adiposa che lo ricopre.

Mentre la manovra della fluttuazione svela sacche a contenuto liquido solamente quando hanno raggiunto un certo volume, il metodo dello strisciamento rivela la minima alterazione in spessore dei tessuti sottostanti.

R. GRASSO.

IGIENE.

Il chinino quale profilattico dell'influenza.

Viene proposto da Spitta (*Deutsche Mediz. Wochenschrift*, 20 genn. 1933). Egli ricorda che la profilassi chininica dell'influenza venne tentata durante la grande epidemia del 1889-90; e da alcuni con rilevante successo (Friedrich). Il tentativo fu però abbandonato in secondo tempo; a ciò contribuirono, da una parte, i risultati incostanti, dall'altra degli incon-

venienti d'ordine pratico: fra questi non ultimo la grande quantità di chinina che dovevasi prendere; così Friedrich consigliava la somministrazione giornaliera di 0,3 g.; Graiser (1930) propinava una dose profilattica di 0,5 g. al giorno.

Secondo l'A. le piccole quantità sarebbero altrettanto efficaci; egli da 15 anni prende regolarmente 0,05 g. di idrocl. di chinina al giorno; altrettanto viene eseguito dai membri della sua famiglia; solo durante i periodi epidemici (1918) la dose veniva raddoppiata. Fra tutte le persone profilassate non si osservò mai un caso d'influenza.

Certo, che l'esperimento pare troppo ristretto per trarne senz'altro delle conclusioni; si potrebbe trattare di semplice coincidenza. Data però la grave calamità grippale, la praticità ed il nessun rischio della profilassi chininica, la proposta dell'A. interessa ed un tentativo in questo senso meriterebbe di essere incoraggiato.

S. MINZ.

MEDICINA SCIENTIFICA

Alcuni fattori determinanti la perspirazione insensibile dell'uomo.

La maggior parte della perdita di peso (85 %) da perspirazione insensibile è dovuta all'evaporazione dell'acqua dalle superfici respiratorie e dalla pelle, e il 25 % del calore perduto dal corpo umano è dovuto all'evaporazione dell'acqua dalle sue superfici.

Ricerche fatte colla bilancia di Sauter hanno dimostrato che il metabolismo basale è proporzionale alla perspirazione insensibile.

F. G. Benedict e H. S. Halero Wardland (*Arch. of Intern. Medecine*, giugno 1932), dalle ricerche da essi fatte in proposito e che tendevano a trovare perchè fra gli osservatori a loro precedenti c'era stato un divario nei risultati, concludono che:

1) la perspirazione insensibile diviene costante solo dopo mezz'ora di permanenza in posizione sdraiata;

2) la perspirazione insensibile aumenta del 20 % col cambiamento dalla posizione sdraiata a quella seduta;

3) il sonno di giorno non agisce sulla perspirazione insensibile, mentre di notte l'abbassa notevolmente;

4) circa il 15 % della perdita totale dovuta alla perspirazione insensibile dipende da perdita dalle superfici delle mani e dei piedi, che rappresentano il 30 % della perdita della superfice totale cutanea;

5) la perdita dalla pelle delle mani e dei piedi è circa 3 volte maggiore di quella del resto della cute tenendo conto dell'unità di area cutanea;

6) il riscaldamento dei piedi aumenta la perdita da perspirazione insensibile.

R. LUSENA.

VARIA.

Influssi cosmici sulla vita dell'uomo.

La contemporaneità di perturbazioni telefoniche, in apparenza senza alcun motivo, negli apparecchi di Nizza e degli Stati Uniti e di una recrudescenza di accessi di riacutizzazione in taluni gruppi di malati cronici, specialmente sofferenti di petto, di crisi gastriche nevralgie ecc. colpì il Sardou che sulla traccia di una comunicazione del dott. Faure, all'Académie de Médecine, si accingeva a studiare i rapporti tra macchie solari e detti episodi morbosi.

Da una inchiesta fatta egli potè constatare che la causa delle interruzioni ed inframmettenze telefoniche dipendeva da perturbazioni nel campo magnetico terrestre; e che queste coincidevano col passaggio al meridiano centrale del sole di gruppi di macchie.

In occasione di un nuovo passaggio di molte di queste macchie fu notata una sicura recrudescenza (84 %) di sintomi di certe malattie croniche ed anche la comparsa di fenomeni gravi od eccezionali nel corso di queste. È quindi certo che l'atmosfera solare influisce non meno dell'atmosfera terrestre sull'organismo umano.

G. Meneghetti (*Radiobiologica*, 21 aprile 1932), in uno studio comparativo dei casi di morte improvvisa registrati nell'Istituto Anatomo-Patologico dell'Ospedale Civile di Venezia nel decennio 1920-30, e delle osservazioni riguardanti l'attività del disco solare nello stesso periodo di tempo è giunto alle seguenti conclusioni: Esiste un rapporto tra macchie solari e morti improvvise e precisamente: ad anni con maggiore quantità di macchie solari corrispondono anni con alta mortalità; in qualche caso le morti precedono la manifestazione solare, nei più, sono ad essa immediatamente successive.

In quanto alle cause ci si deve ancora limitare a delle ipotesi. È probabile che la causa del fenomeno patologico risieda nelle burrasche elettromagnetiche terrestri indotte dalle macchie solari.

LIVERANI.

☛ *In uno dei prossimi numeri daremo:*

TUMORE JUXTAMIDOLLARE A SEDE CERVICALE

(con 6 figure)

Lezione clinica del prof. A. GASBARRINI

Direttore della R. Clinica Medica dell'Università di Padova

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Posto di coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Stipendio L. 14.000 elevabile a L. 16.000 e indennità di servizio attivo L. 2.500; riduzione 12 %. Domanda e documenti di rito alla Segreteria della Provincia entro il 12 maggio 1933.

ARCEVIA (*Ancona*). — Scad. un mese dal 6 feb.; cond. urbana; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi; stip. L. 9.000 aumentabile del 50 %; deduz. 12 %; se uff. san. L. 1500.

BARI. *R. Prefettura.* — Scad. 30 marzo, ore 12; ufficiali sanitari di Barletta e di Turi; titoli ed esami; doc. a 3 mesi dal 26 gen.; chied. annunzio. Stipendi rispett. L. 15.000 e L. 10 000 e 5 quadrienni dec.

BARLETTA (v. BARI).

CATANZARO. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami per i sottonotati posti del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi:

Direttore della Sezione Medico-Micrografica. Stipendio iniziale L. 17.500. Indennità di servizio attivo L. 4200.

Assistente della stessa Sezione. Stipendio iniziale L. 11.600. Indennità di servizio attivo lire 2800.

Gli stipendi sono suscettibili di cinque aumenti quadriennali del decimo. Stipendi e indennità sono al lordo del 12 % e delle altre ritenute di legge. Termine per la presentazione delle domande, ore dodici del ventisette marzo 1933. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione provinciale.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — A ore 17 del 31 mar., aiuto specialista in oto-rino-laringojatria; età lim. 35 a.; L. 7050 da decurtarsi del 12 %; c.-v.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 10 feb. Chied. annunzio.

GAVORRANO (*Grosseto*). — A tutto il 31 marzo, pel capoluogo; L. 9700 e 5 quadrienni dec., oltre L. 720 ai coniugati; riduz. 12 %; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 25 gen ; serv. entro 15 gg.

GENOVA-SAMPIERDARENA. *Ospedali Civili.* — Primario chirurgo; L. 6000 e partecipaz. 36 %; titoli ed eventualm. esami; nomina quinquennale, conferme triennali fino a 60 a.; tassa L. 50; doc. a 2 mesi dall'1 feb.; scad. 31 marzo. Rivolgersi Segreteria (Corso Roma, Genova-Sampierdarena).

GROSSETO. *Comune.* — Scad. 31 mar.; per Batignano; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 indennità complementare; c.-v.; riduz. 12 %.

LA SPEZIA. *Ospedale Civile Vittorio Emanuele II.* — Concorso per chirurgo primario. Scadenza 30 aprile 1933-XI. Chiedere copia dell'avviso alla Segreteria dell'Ospedale.

LUGAGNANO VAL D'ARDA (*Piacenza*). — Scad. 28 feb.; 2ª cond.; L. 11.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1470 indenn. integrazione rivedibili (ai coniugati o vedovi con prole a carico), L. 400 ambulat., L. 3000 cavalc.; riduz. 12 %; riconoscim. servizi anter.; età lim. 45 a.

MENTANA (*Roma*). — Scad. 28 feb.; L. 10.500 ridotte 12 %, 5 quadrienni dec., c.-v., L. 1750 trasp., L. 3360 servizio frazione a 10 Km.; età lim. 25-35 a.; iscriz. P. N. F.; tassa L. 50,10.

MIRABELLO ed UNITI (*Pavia*). — Consorzio medico Mirabello - S. Genesio. Per titoli. Posto di medico consorziale. Stipendio lordo L. 14.000, ridotto del 12 %. Scadenza 20 marzo 1933. Per schiarimenti rivolgersi all'Ufficio Comunale di Mirabello ed Uniti.

OLLOLAI (*Nuoro*). — Per titoli. Posto di medico condotto dei poveri di detto Comune; stipendio annuo L. 9500, più L. 800 per il servizio di Ufficiale Sanitario, decurtato del 12 % e delle ritenute di legge. Numero approssimativo dei poveri 1000. Obblighi di cui al capitolato medico visibile dai concorrenti ogni giorno nelle ore di Ufficio. Età massima anni 40 salvo legge. Presentazione dei documenti di rito in bollo sufficiente ed occorrendo legalizzati, entro le ore 12 del 30 aprile 1933. Si avranno per non presentati i documenti prodotti oltre tale data.

OSIDDA (*Nuoro*). — Scad. 31 mar.; L. 10.500 e 5 trienni dec., oltre L. 1400 serv. att., L. 800 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; serv. entro 15 gg.

OULX (*Torino*). — Scad. 23 marzo; con Salbertrand; L. 10.000 oltre L. 1000 alloggio e L. 3500 trasp.; età lim. 45 a.

PARMA. *Ospedale Maggiore.* — Scad. 2 mar.; primario ordinario di ortopedia; L. 6000 ridotte 12 %; compartecipaz. 50 %; età lim 40 a.; tassa L. 50,10.

ROMA *Ministero delle Comunicazioni (Ferrovie dello Stato).* — Concorso per titoli ai seguenti posti di Medico di riparto: Ostiglia, Molino del Pallone (Bologna); Finale Ligure (Genova); Greco Milanese (Milano); Balvano Ricigliano, Benevento Porta Rufina (Napoli); Gibellina (Palermo); Cariati II (Reggio Calabria); Anversa-Scanno, Montenero-duni Macchia, Carovilli (Roma); Ferrandina (Taranto); Trento I (Trento); Villa del Nevoso (Trieste). Inviare domanda, richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 7 marzo 1933.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti.* — Scad. 20 marzo; due primari dirigenti il Centro diagnostico delle malattie dell'apparato urinario; età lim. 50 a.; tassa L. 50; 5 anni di aiuto o assistente negli Ospedali Riuniti di Roma od in Ospedali di almeno 500 letti od in R. Clinica Universitaria. Chiedere condizioni alla Segreteria Generale.

RONCÀ (*Verona*). — Posto di medico comunale. Stipendio L. 8000; caro viveri L. 1200; indennità trasporto L. 3000 o L. 2500. Quale Ufficiale Sanitario L. 600. Il tutto ridotto del 12 %. Scadenza 28 febbraio 1933. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

S. GENESIO (*Pavia*). — (v. MIRABELLO ed UNITI).

TRASSELICO (*Lucca*). — Scad. 31 mar.; L. 10.000 e 5 quinquenni dec., se uff. san. L. 800, cavalc L. 3000.

Treviso. *Amministrazione Provinciale.* — Il concorso al posto di coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi, bandito con avviso in data 20 ottobre 1932, N. 9881, è prorogato a tutto il 28 febbraio 1933.

Turi (v. Bari).

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

Concorsi a premi.

La Medicina Internazionale, édita dalla Ditta Robin, mette a disposizione degli studiosi italiani la somma di L. 11.000, divisa in 4 premi, per ricerche originali sui seguenti argomenti: « Le perivisceriti »; « La cura della polmonite »; « La patogenesi dell'anemia perniciosa »; « La patologia dell'arteria polmonare ». Scad. ore 18 del 15 maggio. I lavori scelti saranno quattro, possibilmente uno per argomento. Rivolgersi: Corso Sempione 28, Milano

Borse di studio.

Borsa di studio Wassermann.

È aperto il concorso per una borsa di studio di lire cinquemila, annualmente concessa dalla Ditta A. Wassermann, via Ampère, Milano, da assegnarsi ad una dottoressa italiana, laureata in Medicina e Chirurgia, da non oltre 5 anni, che intenda compiere un anno consecutivo di studi di perfezionamento presso una Università od Isituto Superiore del Regno.

L'assegno sarà corrisposto in rate trimestrali anticipate di lire mille ciascuna, con decorrenza dal 30 marzo 1933, dietro presentazione (per la II, III, IV rata) di un certificato della Segreteria dell'Università o dell'Istituto Superiore da cui risulti l'iscrizione e la regolare frequenza al Corso o ai Corsi di perfezionamento.

Le ultime mille lire saranno versate alla vincitrice del concorso alla fine dell'anno di studio ove essa ne dimostri il buon esito, presentando un lavoro pubblicato.

Le domande in carta libera dovranno essere indirizzate, non più tardi del 20 marzo, alla Presidente dell'Associazione Nazionale Italiana Dottoresse in Medicina e Chirurgia, dott.ssa prof. Myra Carcupino Ferrari, Salsomaggiore (Parma), cui si può anche richiedere il programma.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Giulio Raffaele ha conseguito la libera docenza in parassitologia. Al giovane e valente studioso, i nostri vivi rallegramenti.

Il prof. Nicolas Lupus è stato chiamato alla cattedra di anatomia patologica all'Università di Bucarest.

Il prof. Nicanor Palacios Costa è nominato titolare della cattedra di ostetricia della Facoltà di scienze mediche di Buenos Aires.

Il dott. Wilhelm Krzywanck, professore di fisiologia all'Università di Lipsia, è stato chiamato ad insegnare la stessa disciplina alla Scuola superiore di medicina veterinaria di Berlino.

NOTIZIE DIVERSE.

Lega italiana per la lotta contro il cancro.

Si è radunato in Roma al completo, presenti il vice-direttore della Sanità Pubblica ed il rappresentante della Sezione medici condotti dell'Associazione fascista pubblico impiego, il nuovo Consiglio direttivo della Lega italiana per la lotta contro il cancro, che, dopo approvato il proprio bilancio e la relazione del Segretario generale, ha deliberato fra l'altro di confermare il sussidio concesso gli anni scorsi al centro di Bologna ed ha espresso parere favorevole in merito alle domande presentate dai centri di Palermo e di Cagliari.

Il Consiglio ha inoltre dato la sua approvazione alle comunicazioni esposte dal presidente della Lega (sede centrale) sulla lodevole attività del Comitato romano, organizzatore del prossimo Congresso nazionale che si terrà nell'aprile del 1933-XI a Roma ed alla proposta di partecipare al Congresso internazionale per la lotta contro i tumori maligni che si terrà a Madrid nell'ottobre di quest'anno.

Il Consiglio ha inoltre deciso di pubblicare quanto prima un volume di propaganda destinato ai medici, riccamente illustrato, con la collaborazione dei più eminenti clinici, ai fini di far conoscere problemi pratici riguardanti la diagnosi precoce, la cura e la istogenesi dei tumori maligni.

Ha stabilito che la sede della Lega passerà quanto prima all'Istituto del Cancro « Regina Elena » di Roma.

Il Consiglio si è trattenuto a lungo sulla necessità che sia posto un argine all'imperversare di vantate cure specifiche contro il cancro, prive di ogni base scientifica, che ingannano i malati e le loro famiglie e che distolgono i malati dall'intraprendere in tempo utile cure veramente efficaci nelle cliniche o negli appositi ospedali o Istituti.

Il presidente infine ha letto i telegrammi di riconoscenza e devozione che il Consiglio unanimemente ha deliberato di rivolgere a S. E. Mussolini ed a S. E. Arpinati ed una lettera di ringraziamento alla direzione generale di Sanità pubblica.

3° Congresso italiano contro il cancro.

Il Comitato ordinatore del III Convegno Nazionale della Lega italiana per la lotta contro il cancro, organizzato dalla Sezione Romana per i giorni 21-23 aprile 1933-XI in Roma, è stato così costituito: *presidente*: prof. Roberto Alessandri, direttore della R. Clinica Chirurgica; *vice-presidenti*: prof. sen. Raffaele Bastianelli, direttore dell'Istituto del cancro, prof. Aristide Busi, preside della Facoltà di Medicina; *consiglieri*: prof. sen. Ernesto Pestalozza, direttore della R. Clinica Ostetrica Ginecologica, prof. Uberto Arcangeli, primario medico degli Ospedali Riuniti, prof. Giuseppe Bastianelli, direttore della R. Scuola di Semeiotica medica, prof. Guglielmo Bilancioni, direttore della R. Clinica Otoiatrica, prof. Pier Lodovico Bosellini, direttore della R. Clinica Dermosifilopatica, prof. Riccardo Dalla Vedova, direttore della R. Clinica Ortopedica, prof. Sante De Sanctis, direttore della R. Clinica Neuropatologica, prof. Cesare Frugoni, direttore R. Clinica Medica, prof. Pietro Gallenga, segretario generale Lega Italiana contro il

cancro, prof. Oreste Margarucci, primario chirurgo degli Ospedali Riuniti, prof. on. Eugenio Morelli, direttore della R. Clinica della Tubercolosi, prof. Giuseppe Ovio, direttore della R. Clinica Oculistica, prof. Giovanni Perez, direttore del R. Istituto di Patologia chirurgica, prof. sen. Giuseppe Sanarelli, direttore del R. Istituto d'Igiene, prof. Guido Sotti, direttore del R. Istituto di Anatomia patologica, prof. Luigi Spolverini, direttore della R. Clinica Pediatrica, prof. Guido Vernoni, direttore del R. Istituto di Patologia generale, prof. Agenore Zeri, direttore del R. Istituto di Patologia medica; *segretario*: prof. Giovanni Pacetto, R. Clinica Chirurgica, Roma.

4° Congresso medico panamericano.

L'Associazione Medica Panamericana si adunerà a Dallas (Texas) nei giorni 21-26 marzo. I lavori saranno divisi in 11 Sezioni: Relazioni culturali internazionali; Medicina generale; Chirurgia generale; Neurologia e Psichiatria; Ginecologia e Ostetricia; Oftalmologia; Ortopedia; Urologia; Oto-rino-laringologia; Farmacologia; Aviazione sanitaria. Segretario generale è il Dr. E. López Silveno.

Alla Scuola d'applicazione di sanità militare in Firenze.

Si è svolta il 13 corr. la solenne celebrazione del cinquantenario della Scuola, in presenza del Re. La cerimonia ebbe luogo nel vasto cortile della caserma del « Maglio ». Venne scoperta una lapide commemorativa; poi il direttore della Scuola, generale Grixoni, pronuncia un applauditissimo discorso nel quale, con limpida parola, rifà la storia dell'Istituto da lui diretto mettendone in rilievo le benemerenze scientifiche, umane, eroiche di cui si dimostrò degno in pace e in guerra attraverso il sacrificio di tanti medici che vi si preparano alla loro alta missione. Tenne anche un elevato discorso il ten. generale di sanità Luigi Franchi.

Al Sovrano e al Ministro della Guerra il generale Grixoni ha offerto una medaglia d'oro, appositamente coniata in ricordo del cinquantenario della Scuola di Sanità, e una pubblicazione commemoratoria rilegata in stile fiorentino.

Il Re ha poi visitato i gabinetti scientifici della Scuola.

Alla Società di Patologia esotica di Parigi.

La Società ha celebrato il suo 25° anniversario con una cerimonia svoltasi l'8 febbraio nel grande anfiteatro dell'Istituto Pasteur, con l'intervento del Presidente della Repubblica e sotto la presidenza del ministro delle Colonie.

Seguirono tre sedute speciali, in cui furono discusse questioni d'attualità.

Il sen. Sanarelli, dell'Università di Roma, ha esposto i risultati dei suoi studi e delle sue ricerche sulla patogenesi e la cura delle infezioni intestinali nei paesi caldi e temperati. Il presidente ha fatto al Sanarelli la consegna della grande medaglia assegnatagli dalla Società di patologia esotica in riconoscimento dei suoi lavori nel campo della medicina coloniale.

Altre due conferenze furono tenute da C. Nicolle e S. Adler.

Corso di psicofisiologia applicata alla medicina dell'aviazione.

Ha lo scopo di addestrare alla specializzazione medico-aeronautica i giovani ufficiali medici. Si compone di lezioni teoriche ed esercitazioni pratiche ed è integrato da conferenze tenute da eminenti personalità scientifiche, come i proff. De Blasi, Crocco, G. Bastianelli, Bilancioni, Gemelli, ecc.

La prolusione è stata tenuta nei locali dell'Istituto medico-legale « Benito Mussolini », alla presenza del ministro Balbo, dal prof. Amedeo Herlitzka, della R. Università di Torino, sul tema: « Cultura medico-specializzata in servizio d'aviazione ».

Conferenza.

Il 22 corr. a ore 19 presso la sede dell'Accademia Lancisiana di Roma il prof. Guido Egidi terrà una conferenza sullo « Stato attuale della chirurgia dello stomaco » con proiezioni.

Nella stampa sanitaria.

« Le Forze Sanitarie », traendone argomento dall'inaugurazione di « Littoria » (di cui demmo già notizia), dedicano un numero speciale alla bonifica dell'Agro Pontino e in genere alla redenzione del territorio italiano dalla malaria. Il denso fascicolo, riccamente illustrato, reca articoli di Orsolini-Cencelli, Prampolini, Marchiafava, Bastianelli, Ilvento, Missiroli, Bocchetti e costituisce una significativa documentazione della fervida attività che, per virtù del fascismo, il nostro Paese va svolgendo anche nel campo igienico-sanitario.

* * *

Prossimamente uscirà la Rivista « Nuntius Radiologicus », rassegna internazionale di recensioni critiche, diretta da Aristide Busi, professore ordinario di Radiologia nella R. Università di Roma.

Questo nuovo periodico ha per scopo di raccogliere e recensire la produzione radiologica mondiale, segnalando agli studiosi i progressi importanti che la scienza radiologica compie in ogni paese, e cercando così di intensificare lo scambio della produzione scientifica internazionale.

La Rassegna uscirà bimestralmente in lingua italiana ed in lingua latina, e recensirà nel 1933 la produzione del 1932; conterrà inoltre una rubrica per eventuali polemiche scientifiche.

Redattori capi saranno i proff. Salotti e Turano. La corrispondenza e le riviste dovranno essere inviate al « Nuntius Radiologicus », prof. Salotti, Siena.

Città sanitaria di Lilla.

L'amministrazione municipale di Lilla ha in programma la costruzione di una grandiosa « città sanitaria » che dovrà comprendere gli ospedali (in sostituzione di quelli ora in funzione, vetusti ed insufficienti), gli ospizi, il centro anticanceroso, un ospedale-sanatorio per tubercolotici, l'istituto di medicina legale ecc. Alla spesa concorrerebbero il dipartimento (provincia), il municipio, l'Università e lo Stato, che ha promesso una larga partecipazione. L'edifizio principale sarebbe caratterizzato dallo sviluppo in altezza, secondo i principî attuati in America: esso consterebbe di 22 piani; i padiglioni indipendenti avrebbero invece sviluppo superficiale: per tal modo si concilierebbero i vantaggi dei due sistemi. Questa soluzione è stata preconizzata dal prof. Lambret, vice-presidente della Commissione degli ospizi. Per lo studio del progetto si è ricorso ad un architetto americano, Nelson, specializzato nella costruzione degli ospe-

dali; questi ha presentato i piani e il modello: la spesa ammonterebbe ad una cifra elevatissima, di 350 milioni di franchi.

Sono state avanzate vivaci proteste contro il progetto, sia dal Sindacato professionale degli architetti, il quale non vede la necessità di ricorrere ad un architetto straniero, sia dal Sindacato dei chirurghi e medici specializzati del Nord, in quanto i corpi sanitari non sono stati consultati e si corre il rischio di avere delle costruzioni rispondenti male allo scopo cui sono destinate.

Centro ospedaliero a Fontainebleau.

È in esecuzione a Fontainebleau un vasto programma, che mira a creare un Centro ospedaliero. Questo consterà di 6 padiglioni: il maggiore, ora in via di costruzione, sarà destinato ai malati comuni di medicina e chirurgia, alla maternità e alla radiologia; gli altri saranno destinati: ai bambini, ai cronici, ai militari, ai pensionati, ai tubercolotici e contagiosi e ad alloggio del personale. La spesa complessiva è preventivata in 11 milioni di franchi. L'ospedale ora in servizio verrà adibito ad asilo di vecchi; uno dei suoi padiglioni sarà destinato allo smistamento dei tubercolotici ed a sanatorio.

Trasformazione di un ospedale di Madrid.

L'Ospedale San Giovanni di Dio di Madrid, il più grande della Spagna, consta di 20 padiglioni ed è capace di 550 letti, dei quali 330 occupati; tra l'altro, dà asilo a 26 lebbrosi, ma si prevede di allontanare i più gravi, per ricoverarli nella leproseria di Fontilles.

L'ospedale viene ora rimesso a nuovo: si sono riattate le sale, si sono compiuti nuovi impianti d'illuminazione, riscaldamento ed eliminazione delle materie luride; si sono perfezionate le installazioni tecniche e gli arredamenti. Le spese fin'ora incontrate salgono a 350 mila pesete; è prevista la spesa di un'altra somma uguale.

Si è provveduto a dotare l'ospedale di una farmacia propria, il che porta un benefizio di 35.000 pesete l'anno; si è anche provveduto a tariffare l'assistenza prestata ai non poveri, in misura di pesete 8,50 al giorno: ciò farà ridurre le spese del 50 %.

Direttore dell'Ospedale è il dott. Juan Sánchez Puente; è coadiuvato dal dott. M. Perez Albeniz.

Ristorante-dispensario per diabetici a Madrid.

Un comitato di dame e di medici ha istituito a Madrid una « cantina » ove i diabetici poveri riceveranno gli alimenti loro prescritti e il trattamento insulinico. Per ora è destinata ai malati delle consultazioni pubbliche di alcuni medici; ma si prevede un ingrandimento dell'opera.

Ambulatorio per bambini italiani a Londra.

Recentemente a Londra ha cominciato a funzionare un nuovo Ambulatorio istituito da quel Fascio, per i bimbi della Colonia italiana. In tale occasione l'Ambasciatore Dino Grandi ha comunicato al Segretario del Fascio di avere disposto, quale primo fondo spese per il nuovo Ambulatorio, l'assegnazione di L. 3000, offerte con solidarietà fascista dal camerata cav. Francesco Scaglione.

L'Ambulatorio ha sede presso l'ospedale italiano, ed ha a completa disposizione tutte le risorse della importante istituzione, compresi i raggi X, i raggi ultra-violetti e i più recenti ritrovati della terapeutica. Sono ammessi ai servizi dell'Ambulatorio del Fascio (e sempre a spese di questo) tutti i piccoli italiani fino all'età di sedici anni.

La preparazione dei medici in Russia.

« L'Osservatore Romano » ha riportato, dalla « Pravda », una lettera firmata da cinque studenti in medicina, in cui è detto:

« Il Commissariato dell'igiene ha deciso di accordare il diritto di esercitare la professione medica agli studenti del quarto anno della facoltà di medicina, malgrado essi non abbiano fatto la pratica obbligatoria.

Ecco come siamo stati preparati: abbiamo studiato in 192 ore tutte le malattie interne...

Non abbiamo studiato la tubercolosi e non abbiamo nulla letto su tale argomento. Una visita di quattro giorni all'Istituto della tubercolosi dovrebbe essere bastevole a istruirci in materia. Per le malattie dei fanciulli, che sono la nostra specialità, abbiamo seguito 18 lezioni di tre ore, comprendenti una visita di tre giorni all'Istituto della tubercolosi.

Non abbiamo frequentato alcun altro corso importante ».

Martire della scienza.

Il dott. William B. Brebner, addetto ai laboratori dell'Ufficio d'igiene di New York, è morto di una mielite trasversa conferitagli dal morso di una scimmia, che era stata infettata di poliomielite per lo studio di questa malattia.

Chirurgho assolto.

Il Tribunale di Lannion (Francia) ha assolto il chirurgo dott. Aurégan, contro cui era stato intentato processo da una cliente e dal di lei marito, perchè, nel corso di un'operazione al seno, egli aveva riconosciuto che un tumore presunto benigno aveva invece caratteri di malignità e, su parere conforme del medico curante, il quale assisteva, procedette ad un'operazione demolitrice. La paziente è morta, nelle more del processo, di cancro. La parte agente chiedeva 200 mila franchi di danni-interessi; il Tribunale invece l'ha condannata a 1850 franchi d'onorari, a 10.000 franchi di danni-interessi ed alla pubblicazione della sentenza qualora il dott. Aurégan lo avesse richiesto. La perizia era stata affidata ad un collegio composto di Balthazard, Dervieu e Duvoir.

È morto, all'età di 78 anni, il dott. ARNALDO ANGELINI, decano del corpo sanitario della Provincia di Frosinone.

Il dott. Angelini, già assistente nella Clinica del prof. Murri, di cui fu uno degli allievi prediletti, si trasferì 43 anni or sono a Frosinone come medico-chirurgo condotto, indi fu nominato direttore di quell'Ospedale Umberto I. Nel 1901 fondò una « Casa di Salute ». Ebbe parte attiva nel movimento professionale.

Nell'esplicazione della sua professione, che per lui era un apostolato, il dott. Angelini ha sempre profuso non solo i tesori della sua scienza, ma anche quelli della sua bontà e del suo disinteresse.

M.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Sang, 8. — J. TROISIER e R. CATTAN. Neutropenia curabile di origine tbc.

Klin. Woch., 24 sett. — L. ASCHOFF. Formaz. dei pigmenti biliari e ittero. — P. MORAWITZ e J. SCHLOSS. Albuminuria e uremia extra-renali.

Arch. It. di Urol., sett. — A. PERRUCCI. Vaccinazione preventiva negli urinari.

Arch. di Pat. e Cl. Med., sett. — L. RICCITELLI. L'azotemia nelle meningo- ed encefalopatie.

Riv. It. di Ginec., sett. — G. TRAINA RAO. L'itterizia latente post-operatoria. — V. DOGLIOTTI. Drenaggio alla Mikulicz nella chirurgia addom. ginecologica.

Rev. de Méd., ott. — G. LAROCHE e J. DESBORDES. Indossiluria.

Minerva Med., 29 sett. — U. DE MICHELIS. Sport e tbc. polm.

Deut. Med. Woch., 30 sett. — SCHOTTMÜLLER. Trattam. della colite grave — STEINITZ. L'ittero nei diabetici.

Med. Welt, 1 ott. — STURM. I nuovi problemi sulla pressione del sangue.

Klin. Woch., 1 ott. — F. W. BREMER. Patogenesi dell'anemia pernic. — K. v. NEERGAARD. Le malattie a eziologia sconosciuta.

Paris. Méd., 1 ott. — Numero di neurologia.

Practitioner, ott. — Numero sulle malattie costituzionali.

Semana Méd., 15 sett. — P. B. AQUINO. I raggi infra-rossi.

Arch. di Ortop., 30 sett. — L. GIUNTINI. Artriti croniche non tbc. dell'anca.

Bordeaux Chirurgical, ott. — Numero sull'ortopedia e la chirurgia dell'apparato motore.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 2 ott. — W. GALLI. Il cuore alternante.

Zeitsch. f. Tuberk., ott. — H. STARCKE. Azione di varie malattie infettive sulla tbc. nell'infanzia. — J. PEISER. Il destino dei bambini tubercolotici.

Presse Méd., 8 ott. — P. MERKLEN e al. Sindrome ganglionare granulomatosa febbrile con leucopenia.

Arch. Inter. Med., sett. — P. DOVLEY. Epidemia di febbre ondulante subclinica. — M. J. LEPORE. e A. B. MCCOORD. Edema sperimentale.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XL — Roma, 27 Febbraio 1933 - XI — Num. 9

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

PROLUSIONI

La crisi della medicina nel quadro generale della cultura contemporanea (*).

Prof. GIOVANNI DI GUGLIELMO.
Ordinario di clinica medica.

Eccellenze, Signore, Signori!

Dalla Germania tormentata e disorientata del dopo guerra, con sempre maggiore insistenza arrivano voci che denunziano uno stato di profondo disagio nel campo della medicina, la quale, avviata su falsa strada dall'indirizzo scientifico del secolo scorso, avrebbe finito col ridursi in un vicolo cieco, dove attualmente si dibatte in una grave crisi spirituale, vera crisi di orientamento del pensiero medico o crisi di coscienza dell'arte medica.

Un'atmosfera di delusione sarebbe stata creata dalla esiguità dei risultati pratici finora conseguiti, dal nichilismo terapeutico medico e dal prevalente radicalismo interventista-chirurgico; questi e altri fattori avrebbero dato la spinta a un movimento di reazione con atteggiamenti talvolta persino iconoclastici, in quanto pretendono di far *tabula rasa* del patrimonio di scienza acquisito negli ultimi cento anni e minacciano di scuotere nei suoi cardini la medicina moderna, come ha affermato il filosofo Adolfo Meyer, il quale nel 1930 ne ha scritto in un giornale che porta appunto un nome di battaglia, l'« Ippocrate ».

I tempi sarebbero dunque maturi per un rivolgimento totale delle nostre idee; saremmo arrivati a una svolta nella storia della evoluzione della medicina, alla quale il Novecento dovrebbe imprimere nuovi orientamenti, del tutto dissimili da quelli errati del secolo scorso, ma riallacciabili a quelli dell'antica medicina così detta classica.

Nel movimento a spirale o a tipo ciclico dei corsi e ricorsi della storia, la medicina moderna sarebbe stata risospinta indietro, verso il diciottesimo secolo o anche verso tempi più

(*) Discorso inaugurale dell'anno accademico 1932-1933 (R. Università di Catania).

remoti, il medio evo e persino l'era ippocratica con le sue radici nella medicina babilonese e in quella egiziana.

Finora, quindi, l'indirizzo dei nostri studi sarebbe stato completamente errato e al pensiero medico contemporaneo dovrebbe essere impresso un orientamento decisamente neoippocratico, dopo aver cancellato con un colpo di spugna i risultati non solo del lavoro degli ultimi secoli ma anche dell'esperienza di più di due millennii di storia della medicina.

Non vi è alcun dubbio che si tratta di esagerazioni, le quali possono spiegarsi tenendo conto che viviamo in tempi d'alto parlanti, come osserva argutamente il neuropatologo di Monaco Osvaldo Bumke; ma, sfrondato di queste amplificazioni estremiste, resta in tutta la sua importanza il problema che agita la classe medica dei paesi di lingua tedesca e che non può essere più ignorato dagli altri, anche perchè oramai dal seno stesso della scienza accademica sono partite voci dissenzienti di critici dell'attuale indirizzo scientifico e fautori di nuovi orientamenti del pensiero medico contemporaneo.

Cito fra gli altri due insigni direttori di cliniche universitarie — e per giunta di cliniche chirurgiche, — il vecchio Bier e Sauerbruch, notissimo quest'ultimo per l'arditismo dei suoi interventi demolitori sul torace in alcuni casi di tubercolosi polmonare.

Se si trattasse di un angusto problema da specialisti non ne avrei fatto argomento del discorso che oggi, per invito del Magnifico Rettore e del Senato Accademico, ho l'onore di tenere in questa solenne circostanza dell'inaugurazione dell'anno accademico; ma esso si dimostra invece di una portata assai più vasta e di un interesse che, senza tema di esagerazione, si può considerare generale.

Non soltanto la Facoltà medica, difatti, ma tutte le altre in quanto parti costituenti di un complesso organico inscindibile e funzionante in armonica collaborazione, l'*Universitas studiorum*, devono essere interessate a un dibattito che investe il problema dell'insegnamento universitario della medicina, del fondamento scientifico della formazione del medico e delle basi spirituali dell'arte del guarire.

Non soltanto la Facoltà medica, ma anche quella filosofico-letteraria e quella scientifica, considerate singolarmente, devono essere interessate a questo problema, in quanto anche nell'ambito delle loro discipline movimenti analoghi si sono andati determinando nel primo trentennio del '900 e specialmente nell'immediato dopo guerra, movimenti animati dallo stesso spirito rivoluzionario contro le ideologie del secolo scorso, dalle stesse aspirazioni verso forme nuove di conoscenze, le quali rappresentano un ritorno a civiltà antiche o una anticipazione di civiltà future.

Ma la questione della crisi della medicina deve avere risonanza più vasta, di là dai confini strettamente universitarii, in tutti gli ambienti intellettuali, perchè dappertutto nella vita spirituale del giorno d'oggi vi è crisi, come ha scritto Adolfo Meyer, e perchè la crisi della medicina, secondo il parere espresso da Stefano Zweig nella prefazione al suo libro « L'Anima che guarisce », ha le sue radici nel fenomeno complessivo dell'incertezza europea, nel relativismo generale che, dopo decennii di affermazioni dittatorie e di condanne incondizionate in tutte le categorie del sapere, insegna finalmente agli specialisti a volgersi indietro interrogando.

E per ultimo devo aggiungere che a questo problema, di apparente esclusiva pertinenza medica, non può rimanere estranea l'umanità che ha interesse di vigilare le sue condizioni di salute e di sapere a chi deve affidarne la cura in caso di malattia, se al medico formatosi secondo il moderno indirizzo scientifico universitario e per ciò stesso — dicono i critici — uomo di sola scienza e di troppa scienza, con mentalità meccanicistica, causale ed eccessivamente analizzatrice, che ha bisogno di un complicato arsenale tecnico che porta all'esagerata specializzazione e al frammentarismo, facendo così perdere non solo la visione diagnostica di insieme della personalità somato-psichica, ma anche i tesori terapeutici che dovrebbero esprimersi da una perfetta sintonia spirituale tra chi soffre e chi deve guarirlo, oppure al medico preconizzato dagl'innovatori novecentisti, più artista che scienziato, con mentalità vitalistica, sintetica, che rinunzia al macchinario della medicina universitaria e diagnostica servendosi di una facoltà quasi divinatrice, la intuizione, e cerca di arrivare alla guarigione con le mani nude, per la via dell'anima.

Perchè a qualcuno non sembri esagerata, con intenti polemici, questa impostazione del problema che in Germania e in Austria è all'ordine del giorno, devo riferire brevemente alcuni dati sui quali si basano gl'innovatori e specialmente Bernardo Aschner di Vienna, che per primo ha introdotto nella nostra letteratura l'espressione *crisi della medicina* e che da 15 anni circa sostiene, attraverso numerose e diffuse pubblicazioni, la necessità di un completo rinnovamento nel campo della nostra disciplina. Secondo Aschner, esistono al mondo due forme di medicina, quella ufficiale, insegnata nelle Università, e quella non ufficiale, alla quale appartengono l'omeopatia, la medicina teosofica e antroposofica, la magnetopatia, l'arte medica naturale, la medicina popolare dei ciarlatani e delle fattucchiere. I quattro quinti dell'umanità sarebbero trattati, e spesso anche guariti, con metodi terapeutici non ufficiali; solo in Germania, secondo Hans Munch, quasi la metà della popolazione è curata da coloro che esercitano la medicina extrauniversitaria.

La persuasione della insufficienza e unilatera

lità del metodo scientifico ufficiale si sarebbe sempre più estesa nella cerchia dei medici, specialmente in Germania, dove negli ultimi anni si sarebbero avute numerose adesioni alle nuove correnti. Lo stesso Aschner riporta alcune affermazioni di un morfologo, Roberto Meyer, secondo il quale l'abisso tra la medicina pratica e la medicina scientifica si allarga in modo inquietante, come è dimostrato dall'affluenza ai così detti ciarlatani e a tutti i rappresentanti della medicina non ufficiale; abisso che diventa sempre più difficile a colmarsi, per cui nella lotta contro il ciarlatanismo il medico, seguendo il consiglio di Roberto Meyer, dovrebbe diventare un ciarlatano migliore.

E non ha scritto Blüher che la medicina deve sciogliere i suoi rapporti con le scienze naturali?

E Sauerbruch, direttore di una Clinica chirurgica universitaria, non ha affermato che per il medico pratico non ha importanza il sapere se le virtù curative delle acque termali siano dovute al loro contenuto in sali, in iodio, in sostanze radioattive, oppure al fatto che esse sarebbero le lagrime degli Angeli caduti dal Paradiso, come riteneva Origene?

È il ritorno, dunque, alle forme più primitive di empirismo che viene proclamato in pieno Novecento e da una cattedra universitaria.

E per quanto alcuni novatori, meno fanatici, non osino spingere le loro pretese fino all'assurdo di voler cancellare i meravigliosi risultati delle ricerche scientifiche del secolo scorso, tuttavia la verità è che l'atteggiamento generale delle nuove correnti è decisamente, radicalmente antiscientista.

Tutto questo era necessario premettere per dimostrare la gravità del dissidio sorto nel seno della medicina e l'interesse generale del problema del quale dovremo occuparci; problema che per la sua complessità, per la ristrettezza del tempo e la modestia delle mie forze non potrà certo essere trattato in modo completo, ma solo prospettato nelle sue linee fondamentali, ridotto nei suoi veri termini, inquadrato nel movimento culturale del nostro secolo, avviato verso la soluzione che sembra la più logica, la più persuasiva, la più consona allo stato attuale delle nostre conoscenze, alla civiltà del tempo nel quale viviamo.

*
**

Crisi vuol dire fase risolutiva di una malattia e la malattia questa volta avrebbe colpito proprio la medicina dei nostri tempi, che ebbe il suo massimo sviluppo nella seconda metà del secolo scorso e che attualmente viene insegnata nelle Università di tutte le nazioni civili.

Le maggiori responsabilità di questo stato di cose vengono attribuite a due indirizzi di studio che hanno avuto predominio incontrastato, *l'indirizzo della patologia cellulare*, fondato da Rodolfo Virchow, per quanto in realtà egli abbia continuato e fecondato il pensiero di un grande italiano, G. B. Morgagni, « il padre del pensiero anatomico », come l'ha chiamato Honigmann, e *l'indirizzo batteriologico*, iniziato da Luigi Pasteur, sebbene anche in questo campo vi sia stato un geniale precursore italiano, quasi ignorato, Agostino Bassi.

Quale segnacolo in vessillo della patologia cellulare viene riportata la famosa espressione pronunziata da Rodolfo Virchow in un memorabile Congresso Medico Internazionale tenuto a Roma nel 1902. « Non vi sono malattie generali, ma solo malattie degli organi e malattie delle cellule ».

Così dunque si arriva a considerare l'organismo umano come una somma di cellule, tutte disgiunte e viventi in colonie, e le malattie quali conseguenze di alterazioni anatomiche dei singoli organi, per cui diagnosi e terapia devono essere informate a principii localistici.

Questo pensiero cellulare e localistico diventa il fondamento della medicina moderna, il punto di vista medico mondiale di tre generazioni, attraverso le quali domina onnipotente.

Nello stesso periodo i grandi trionfi della batteriologia, con le memorabili scoperte di parecchi germi considerati capaci di provocare la insorgenza di malattie, fecero sperare nell'avvento di una terapia veramente razionale e di sicuro successo, la terapia eziologica, destinata a togliere le cause e quindi a portare la guarigione dei processi morbosi.

Le caratteristiche, che conferirono una particolare impronta alla medicina della seconda metà del secolo scorso, si possono così brevemente sintetizzare: concezione causalatomistica dei fenomeni, indagine diagnostica precisa per il sicuro riconoscimento delle sedi e delle cause delle malattie, terapia eziologica, ossia rimozione delle cause dei processi morbosi.

I metodi d'indagine si andarono sempre più moltiplicando e affinando, con la creazione di tecniche nuove e di maggiore precisione, così che i risultati che si ottennero nei campi della semeiotica, dell'istologia, della fisiologia, della medicina sperimentale, della batteriologia furono, per consenso unanime, veramente portentosi.

Nel 1895 l'orgoglioso castello del nostro sapere sulla vita e sulla malattia fu coronato, scrive Sauerbruch, da una scoperta che fa veramente epoca, la scoperta dei raggi Roentgen, che lasciava intravedere insospettate possibilità diagnostiche e terapeutiche.

Ma già all'alba di questo secolo, in pieno fervore di ricerche, cominciarono ad avvertirsi i primi segni del dubbio, del disagio, della delusione, che dovevano poi culminare nel movimento del dopo guerra, col palese riconoscimento di una crisi spirituale della medicina.

L'età dell'oro che la scienza esatta aveva promessa ai medici pratici non è mai venuta e anzi le più amare delusioni si sono avute proprio

nel campo della terapia causale, che aveva fatto nascere le più liete speranze e che invece è andata a finire in un quasi completo fallimento, come dimostrano lo scetticismo in fatto di cure mediche, il radicalismo chirurgico, la rivalutazione di vecchi metodi empirici di cura, derisi e sdegnosamente banditi dalla scienza ufficiale (salasso, sanguisugio, cauterizzazione, ecc.), il favore sempre crescente che incontrano coloro che esercitano la medicina extrauniversitaria e praticano le cure magnetiche, omeopatiche, naturalistiche, vegetariane, da suggestione e da autosuggestione.

La concezione localistica, atomistica e causale, il metodo analitico dominante nell'Ottocento, l'esagerata specializzazione, fatale conseguenza del fantastico sviluppo della tecnica con l'apporto di numerosi apparecchi, esseri privi di anima che s'interpongono tra il paziente ed il curante e di quest'ultimo ottundono la capacità d'intuizione diagnostica rivelatrice, tutti questi diversi fattori hanno fatto perdere la visione sintetica della personalità somato-psichica, dell'unità dell'organismo, dovuta al consenso delle varie parti fra di loro e alla influenza di ogni parte sul tutto e del tutto su ogni parte, principio dottrinale, che — secondo il Viola — sta a base dell'indirizzo individualistico della medicina.

Dagli errori e dagli insuccessi del passato deriva la necessità di riportare in primo piano i concetti di costituzione, di personalità, di patologia umorale, di affidarsi a una logica deduttiva, di seguire un indirizzo intuitivo, sintetico, vitalistico, teleologico.

Necessario è il ritorno dal fatto singolo alla comprensione universale, scrive Aschner; più lavoro intuitivo, meno matematica, più patologia generale, meno specializzazione; evitare da un lato il nichilismo terapeutico e dall'altro il radicalismo operatorio.

« Dopo che la divinatrice smania di sapere ha indagato la sostanza generale del corpo sino alla cellula e quasi sino alla molecola, essa ora torna a volgere lo sguardo alla totalità del fenomeno morboso sempre variato, cercando le condizioni superiori dietro quelle determinanti locali ».

Così scrive Stefano Zweig e poi aggiunge:

« Divise da secoli le correnti della terapia organica e psichica cominciano a riavvicinarsi, giacchè necessariamente (ricorda l'immagine goethiana della spirale!) ogni evoluzione ritorna al punto di partenza, ma su un piano superiore. La meccanica finisce sempre col voler sondare l'estrema legge del movimento, ogni suddivisione tende a tornare all'unità, ogni verità razionale sfocia un giorno nell'irrazionalità e oggi, dopo secoli di una scienza rigidamente unilaterale, che ha analizzato sino in fondo la materia e la forma del corpo umano, si ripresenta ancora il problema dello *spirito che si foggia il corpo*.

***

Questo movimento nel campo della medicina non è isolato, ma — come ho già detto — si affianca ad altri che nel Novecento si sono andati determinando nel dominio delle più diverse discipline, da quelle fisiche e matematiche a quelle biologiche, filosofiche, letterarie, movimenti che dimostrano sorprendenti affinità col nostro, tanto da far pensare che tutti si esprimano da un'identica necessità storica di profondo rivolgimento nel mondo del pensiero, da una crisi intellettuale generale e che oramai l'ambiente spirituale sia maturo ad accogliere le nuove dottrine, la nuova intuizione del mondo e della vita.

Non mi fermerò ad analizzare questi diversi movimenti spirituali, sia perchè tale compito esulerebbe dall'assunto del mio discorso, sia perchè non avrei la competenza per assolverlo: Mi limiterò, invece, ad esporre in rapida sintesi quelle che vengono considerate le caratteristiche di due culture, di due civiltà, di due secoli, l'Ottocento e il Novecento.

L'Ottocento è il secolo delle grandi analisi, del dominio del Fatto, delle leggi di causalità, di regola, di misura, della prevalenza assoluta della concezione meccanicista e dell'indirizzo rigidamente scientifico.

Il Novecento invece è neoromantico, mistico, organicista, neovitalista, ripudia gli schemi meccanicisti, l'Intelletto, la Ragione, è antiscientifico, ha il culto dell'Intuizione e dell'Istinto.

« La vera scienza è nell'incosciente del bambino e delle razze primitive, le quali, secondo Macready, composte di pochi uomini tutti geniali, ricchi d'inconscia sapienza infusa, dotati di magica potenza, realizzavano immediatamente nella materia le idee dello spirito, senza la mediazione laboriosa dell'intelletto e della volontà, cui siamo costretti noialtri, degeneri nipoti. E si ritorna alla concezione del genio, che senza mediazioni laboriose, di colpo, per grazia dall'alto, intuisce e comunica ai meno fortunati di lui la verità ».

Così sintetizza il Tilgher le nuove concezioni e poi aggiunge « Poichè dall'organicismo e dal vitalismo è facile scivolare alle più infantili aberrazioni dell'animismo, ecco dalle tombe polverose dei secoli spenti levarsi a vita nuova, al tempo della radiofonia e degli aeroplani, le vecchie fantasticherie sull'anima degli astri e delle forze elementari della natura, ecco rianimarsi e rivestirsi a nuovo secondo l'ultima moda le vecchie superstizioni sull'astrologia sul fato sidereo sulla simpatia universale » (Macready, Ziegler, Schmitz).

Il pericolo e le gravi difficoltà di voler rinchiudere in un quadro complessivo le tendenze scientifiche di un'epoca travagliata e di volerne indicare l'orientamento sono stati già avvertiti

da un nostro autorevole studioso di storia della medicina, Arturo Castiglioni, il quale fa notare che varie e spesso contrarie furono le correnti che dominarono l'evoluzione della medicina e che dall'incontro di queste varie tendenze fu determinato il progresso.

Fatta questa riserva, possiamo cercare di stabilire se effettivamente il Novecento ci offre un indirizzo di studii diverso da quello che ha dominato nel secolo scorso.

E innanzi tutto, qual'è la reale portata di questa così detta crisi della medicina, quale diffusione ha avuto negli ambienti medici di tutto il mondo questo nuovo movimento, quale forza di proselitismo nel pubblico profano esso ha finora dimostrato.

Per confessione dello stesso Aschner, le nuove dottrine non hanno trovato, al di fuori della Germania e dell'Austria, terreno favorevole al loro sviluppo, per cui in nessun altro paese esiste un movimento di riforma, anche non ufficiale, della natura di quello tedesco; dappertutto si segue ancora l'indirizzo dell'anatomia patologica, della medicina sperimentale e della supervalutazione della tecnica chirurgica. Specialmente in America fioriscono la tecnica e la divisione del lavoro e le sedi più importanti dell'attività medica sono i laboratorii e le sale operatorie. In America, lamenta Aschner, si può veramente parlare di un alto livello tecnico e di un basso livello spirituale della medicina.

Le stesse condizioni vi sarebbero in Inghilterra, in Spagna e in Italia, ma per quest'ultima l'Aschner non è esattamente informato, perchè da noi, assai prima che in Germania, la un grande Maestro di clinica medica, Achille De Giovanni, fu creata una Scuola con indirizzo decisamente costituzionalistico e i nostri clinici non perdettero mai di vista la personalità dell'individuo ammalato, come ebbe ad affermare in questa stessa aula e precisamente dieci anni or sono il nostro Magnifico Rettore in un discorso tenuto per l'inaugurazione dell'anno accademico 1922-23. In Francia si sarebbe assunta una posizione intermedia, ma in realtà bisogna riconoscere che in questa, come in tutte le altre Nazioni all'infuori della Germania e dell'Austria, non si parla di crisi spirituale della medicina e il movimento tedesco è quasi completamente ignorato.

Negli stessi paesi di lingua tedesca — per quanto il problema sia stato largamente e vivacemente discusso nella stampa medica e nei congressi di medicina e per quanto clamore abbia potuto suscitare l'adesione alle nuove correnti da parte di qualche clinico universitario — tuttavia il movimento non ha assunto che assai modeste proporzioni, tanto da permettere a Osvaldo Bumke, che pure si è dimostrato simpatizzante per una parte almeno dei nuovi concetti, di affermare che si tratta soltanto di una timida e piccola ondata mistico-romantica, non prodotta da alcun nuovo pensiero religioso, da alcun grande metafisico, da alcun geniale artista, ma sostenuta da un esercito di medii e di telepatici accanto a seguaci di una metapsicologia — che apparentemente combatte il materialismo ma in questo essa stessa va a finire — e di un romanticismo, che nasconde un nucleo pedantescamente razionale.

E anche quest'ondata, che è della stessa natura dei romantici fermenti che sempre seguono alle grandi scosse della storia, è destinata a scomparire come quella che si ebbe ai primi dell'Ottocento, dopo il secolo del sensismo e della Rivoluzione.

Mancano sicuri elementi di successo, reali forze di propulsione a questo movimento, che non è affatto giustificato nella sua parte critica, demolitrice, mentre dal punto di vista riformistico e costruttivo non apporta che assai modesti contributi.

E difatti, voler considerare la medicina moderna cristallizzata nei vecchi metodi di patologia cellulare e di batteriologia significa ignorare o fingere di ignorare gli enormi progressi conseguiti proprio negli ultimi 30 anni, sia per la larga applicazione di un nuovo indirizzo di studi, altamente scientifico, l'indirizzo biochimico che ricollega la funzione e le sue alterazioni a processi chimici e fisico-chimici, sia per gl'incessanti sviluppi dei vecchi indirizzi, i quali non si sono affatto arrestati sulle posizioni conquistate nella seconda metà del secolo scorso, ma hanno continuato e continuano ancora oggi ad apportare numerosi, indispensabili, preziosi contributi istopatologici, microbiologici, immunbiologici. Anzi, proprio nei risultati di queste indagini scientifiche hanno trovato le più solide basi alcune concezioni moderne delle quali menano vanto gl'innovatori, ingiustamente appropriandosene la paternità, e cioè la dottrina costituzionale la patologia umorale, la concezione somato-psichica della personalità profonda, il neo-ippocratismo terapeutico.

Il criterio unitario dell'organismo, basato sui concetti di sistemi fra loro connessi e in continua correlazione: sistema neuro-vegetativo, sistema ormonico, sistema reticolo-endoteliale, costituzione chimica del plasma, bilancio ionico, ecc., il criterio della stabilità dell'equilibrio di questi sistemi unitari che tendono a mantenere il loro stato indipendentemente da cambiamenti quantitativi, secondo la teoria di Koehler, sono indubbiamente il frutto di indagini eseguite con i più rigorosi metodi scientifici e non certo delle fantasticherie speculative del neovitalismo o dell'empirismo delle diverse categorie di ciarlatani.

L'accusa di ostinata tendenza meccanicista può essere sostenuta soltanto da chi non conosce la mentalità del clinico e dello scienziato moderno, il quale — di là dalle viete posizioni sterilmente antitetiche di meccanicismo e vitalismo — trova nella biologia organismica,

come la chiama Bertalanffy, l'indirizzo a base realistica dei suoi studi, il principio di ricerche con metodi di tecnica sempre più perfezionati.

Nè può reggere l'altra accusa di eccessiva analisi, come se questa potesse portare alla incapacità della sintesi; ma non l'ha detto proprio Bergson, sempre invocato — e spesso a torto — dagl'innovatori novecentisti, che lo spirito di sintesi non è che una più alta potenza dello spirito di analisi e cioè la capacità di penetrare nell'interno di un fatto che si reputa significativo e dove si troverà la spiegazione di molti altri? E non ha detto lo stesso Bergson che uno dei risultati più chiari dell'analisi, cioè del metodo di Claude Bernard, dovrebbe essere quello d'insegnarci che non c'è differenza tra un'osservazione ben fatta e una generalizzazione ben fondata?

Già molti anni or sono proprio Claude Bernard metteva in guardia contro l'errore di coloro che temono le dannose conseguenze di una eccessiva specializzazione, distinguendo una specializzazione utile e anzi necessaria, che è quella della tecnica, e una dannosa, che è quella della cultura.

Ciò vale per tutte le branche della scienza e non solo per la clinica, ha scritto recentemente il nostro Rondoni, e va sostenuto contro superstiti tendenze a un eclettismo pericoloso e a un totalitarismo facilone e semplicista, a vantaggio della seria affermazione del nostro paese nella fervida gara internazionale per il progresso della scienza.

Nulla quindi dobbiamo temere da una specializzazione bene intesa e imposta dal favoloso sviluppo della Scienza e della Tecnica, la quale ultima non ha affatto portato alla spersonalizzazione e all'inaridimento spirituale della medicina, ma ha fornito la possibilità di diagnosticare più precocemente e con maggiore precisione del passato, con quanto vantaggio degli ammalati e della loro cura è facile intendere.

D'altra parte che la storia delle scienze si risolva nella storia dei metodi d'indagine è verità incontrovertibile e universalmente accettata.

Ritengo perciò del tutto destituita di fondamento l'accusa rivolta alla medicina moderna di aver rinunciato all'attività intuitiva a tutto vantaggio dell'attività logica e sottoscrivo pienamente all'affermazione del clinico medico di Pisa, Francesco Galdi, secondo il quale « l'arma della intuizione, che era l'unica e la più forte nelle mani dei vecchi medici, ritorna ora più lucida e affilata, in quanto nel lavoro del pensiero il subcosciente medico si perfeziona e si eleva fin verso la soglia dell'intelletto ove si svolgono i fenomeni della conoscenza ».

Lo stesso concetto del resto è sostenuto dal clinico medico di Roma, da Cesare Frugoni, il quale parla precisamente di intuizione consapevole.

Ma sopratutto ripeto a me stesso e a tutti i medici le parole del sommo clinico d'Italia, Augusto Murri, scomparso proprio in questi giorni tra il compianto universale. « Non date retta a chi vi parla d'occhio medico, d'intuizione, magari di divinazione: parole, parole, parole!

Niente affatto: tutto sta nel sapere, nell'osservare, nel concludere: la divinazione non è, al più, se non una inferenza giusta da un'osservazione rapidissima, ma esatta ».

Così siamo arrivati all'ultima e più grave accusa contro l'odierno indirizzo scientifico, quella della sua quasi completa sterilità nel campo di maggiore interesse, cioè in quello della terapia: l'albero si giudica dai suoi frutti e la medicina dai risultati pratici nell'arte del guarire.

Orbene, in questo campo la medicina non solo non avrebbe fatto alcun passo avanti, nonostante i notevoli progressi d'indole dottrinale, ma ne avrebbe fatto qualcuno indietro, rinunziando agl'indiscutibili vantaggi dei metodi empirici della vecchia terapia, ingiustamente derisi e abbandonati dai medici moderni.

Non si può nascondere un senso di doloroso stupore dinanzi a un così palese misconoscimento degl'incalcolabili vantaggi apportati nel campo della terapia e della profilassi dalla medicina del secolo scorso.

Debbo forse ricordare a Voi le terribili epidemie che decimavano nel passato migliaia e migliaia di vite umane e che ora sono quasi completamente debellate in seguito all'applicazione delle norme suggerite dall'indirizzo batteriologico e immunitario? le diverse gravi malattie infettive che, diagnosticate precocemente, possono essere guarite con metodi di cura specifica, ossia con sieri e vaccini? le numerose vite umane salvate in seguito al perfezionamento della tecnica chirurgica e all'applicazione delle norme di antisepsi e di asepsi? il notevole prolungamento della durata media della vita umana, la quale, per riferirmi al solo popolo tedesco, nel 1870 si aggirava attorno ai 40 anni, mentre oggi è salita a circa 60 anni?

E' tempo di sfatare la leggenda dello scetticismo dei medici moderni in fatto di terapia.

Noi medici internisti, ha affermato Bergmann nel discorso inaugurale del Congresso medico tedesco del 1931, non siamo affatto nichilisti in terapia e anzi riconosciamo di trovarci in un'epoca dei più alti trionfi della terapia: l'indiscussa efficacia della lotta contro una malattia che colpisce 600 milioni di uomini circa, cioè quasi la metà del genere umano, l'anchilostomiasi, la guarigione del 95 % dei casi di così detta splenomegalia dei tropici o febbre nera degli indiani mediante i preparati di antimonio, la guarigione di mezzo milione di uomini che ogni anno morivano in Egitto per bilharzia sanguinis (Bergmann).

Ma più che continuare l'elenco dei successi della terapia moderna preferisco illustrare un solo esempio per dimostrare quale profonda riconoscenza debba l'umanità sofferente ai progressi della medicina scientifica e d'altra parte come sia necessario non allontanarsi dall'odierno indirizzo di studi, se si vogliono ottenere reali vantaggi nel campo dottrinale e in quello pratico.

Fino al 1926 fra le tante malattie, che purtroppo tormentano il genere umano, una rivestiva carattere di particolare gravità, tanto da costringere i medici a incrociare le braccia e a dichiarare la loro impotenza dinanzi all'inesorabile progredire del processo morboso verso l'esito costantemente letale nel giro di pochi anni.

Il nostro spirito restava colpito dal senso profondamente tragico che è racchiuso nel destino degli ammalati di anemia perniciosa: alla vigilia della morte il loro sangue e i tessuti che lo formano ripigliano l'aspetto e la funzione che avevano agli albori dell'esistenza, nei primissimi giorni della vita intrauterina.

Anacronismo assolutamente incompatibile con l'esistenza, per cui tutti gli ammalati di anemia perniciosa morivano e in un tempo relativamente breve.

Intanto in un laboratorio americano un fisiologo, e cioè uno scienziato puro, eseguiva delle ricerche con lo scopo di riconoscere quali sostanze alimentari potessero più efficacemente coadiuvare l'organismo animale nella rigenerazione del sangue in casi di anemia. Cinque anni di ricerche pazienti, precise, laboriose, dal 1920 al 1925, ricerche che portarono a risultati apparentemente assai modesti: la compilazione di una lista di alimenti dotati di attività emopoietica di diverso grado, tra i quali il primo posto era occupato dal fegato.

Due clinici americani vollero provare l'efficacia di tali sostanze negli uomini ammalati di anemia, compresi alcuni con anemia perniciosa, sebbene per questi ultimi le speranze di successo fossero assai scarse; proprio per questi ultimi, invece, e soltanto per questi ultimi i risultati furono veramente miracolosi. La cura di fegato fu ben presto applicata su più vasta scala, varcò i confini dell'America, conquistò tutto il mondo e oggi, dopo sei anni di esperienza su parecchie migliaia di ammalati, si può affermare con giusto orgoglio che la prognosi della malattia è completamente cambiata, in quanto solo in una percentuale minima di casi non si riesce a ottenere la guarigione.

L'empirismo — tanto esaltato dai moderni innovatori — si sarebbe fermato a questo punto, pago dei miracolosi risultati pratici conseguiti; ma l'indirizzo scientifico porta a indagare l'essenza dei fenomeni e proprio nei laboratori americani specializzati, ricchi di mezzi e di strumentario, si volle conoscere la natura del principio antianemico contenuto nel fegato e si arrivò a risultati di grandissimo interesse non solo dottrinale ma anche pratico, e precisamente a racchiudere in una fialetta di 2 cmc. quanto di principio attivo basta per conseguire il risultato terapeutico che si ottiene con l'introduzione di mezzo chilogrammo di fegato, il quale è di assai difficile ingestione da parte di tutti ma specialmente di ammalati con gravi lesioni dello stomaco, come sono gli anemici perniciosi.

E la scoperta dell'insulina non fu dovuta forse alla soluzione di un problema di tecnica?

E non si può dire altrettanto dell'interrenina, che si sta dimostrando capace di guarire un'altra gravissima malattia ritenuta inguaribile fino a soli due anni or sono, il morbo bronzino o morbo di Addison?

Il fegato contro l'anemia perniciosa, l'insulina contro il diabete, l'interrenina contro il morbo di Addison, tre grandi conquiste della medicina scientifica moderna nel campo della terapia, ecco la magnifica risposta che alle lamentele neoromantiche e alle nostalgie ippocratiche di Bernardo Aschner e dei suoi seguaci arriva da quell'America, che è considerata la più tipica rappresentante della civiltà della Tecnica e nella quale in materia di medicina domina l'indirizzo scientifico più avanzato.

Signori!

Molto ancora avrei da dire sull'interessante argomento, ma non voglio abusare della Vostra cortese benevola attenzione e mi affretto a formulare alcune brevissime proposizioni conclusive.

La medicina moderna non attraversa una fase di crisi spirituale e non è affatto giustificato un movimento di reazione contro l'odierno indirizzo scientifico dei nostri studi.

I medici moderni non possono arruolarsi nelle file dalle quali, secondo Liek, sempre più forte sorge il grido: « Ritorniamo ad Ippocrate » e tanto meno potranno dichiararsi seguaci del culto dionisiaco dell'ebbra forza vitale rinunziando a quello apollineo, del Dio solare, dalla chiara e luminosa intelligenza, legislatore di regola e di misura (Tilgher).

I nostri studi seguiranno sempre la via maestra tracciata dall'indirizzo scientifico, che ha fatto attingere alla medicina moderna vertiginose altezze al di sopra della quota bassissima della medicina dei tempi passati.

Se non fossimo consapevoli della relatività dei confini del potere umano, noi dovremmo affermare che, per gli enormi progressi conseguiti nella scienza e nell'arte del diagnosticare e del curare, al medico moderno assai più che a quello dell'era ippocratica si addice l'aforisma del grande sapiente della Scuola di Cos: Ιητρὸς γαρ φιλόσοφος ἰσόθεος il medico quale filosofo è simile al DIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

POLICLINICO UMBERTO I - IV PADIGLIONE
Primario: Prof. MILANI.
Istituto di Anatomia Patologica della R. Università di Roma.
Direttore: Prof. SOTTI.

Sul morbo di Chauffard-Still

(NOTE ISTOLOGICHE E CONSIDERAZIONI CLINICHE)

per il dott. M. TRIPODI.

La discussione ancora aperta sulla patogenesi dei reumatismi articolari cronici e sul posto da assegnare, nella classificazione anatomica e clinica, ad alcune forme morbose che dal reumatismo articolare cronico si distaccano, e per la evoluzione clinica e per le speciali caratteristiche anatomiche, ci induce ad esporre qualche breve considerazione intorno al caso di una inferma affetta da sindrome di Chauffard-Still, che rimase degente per oltre cinque mesi nel nostro Padiglione, appena dopo la sua uscita dalla Clinica Medica di Roma.

Il caso, magistralmente illustrato in una lezione clinica tenuta dal prof. Frugoni e successivamente pubblicata su questo stesso periodico, ci esonera dal tratteggiare la storia dell'inferma e dal discutere ampiamente i fenomeni obbiettivi da essa presentati al momento del suo ingresso all'Ospedale. Faremo quindi solo un rapido accenno alle fasi evolutive della malattia, che potemmo seguire per un certo periodo di tempo e che ci ha permesso di istituire qualche ricerca biologica ed istologica il cui interesse è evidente. Non è che assegniamo particolare importanza al fatto di aver potuto completare alcune indagini sulle ghiandole di un determinato distretto (ciò che ci darà anche occasione di trattare con sufficiente diffusione i caratteri microscopici rilevati con l'esame biopsico di una ghiandola prelevata dalla regione ascellare dell'inferma) conoscendo che tali indagini furono eseguite con somma diligenza e competenza in altri casi su di un materiale di studio molto più vasto, e conoscendo anche come le alterazioni ghiandolari descritte sia in linfoghiandole prelevate per la biopsia sia asportate al tavolo anatomico, e quindi nel periodo terminale della loro evoluzione, non permettono fino a questo momento di concludere per una specificità qualsiasi delle diverse modificazioni strutturali sulle quali volta a volta hanno richiamata l'attenzione i vari osservatori. Ma riteniamo di una qualche importanza e di un certo interesse l'aver potuto intraprendere tali ricerche in un determinato periodo della malattia, quando si sono obbiettivati dei fatti nuovi che potrebbero forse avere un significato per la sua individualizzazione nosografica tenendo conto di alcuni rilievi. Per altro questi rilievi non ci permettono di prospettare ipotesi o di arrivare a conclusioni nuove: tuttavia in un campo così controverso e dibattuto, quando ancora si discute sulla base anatomica di una malattia o sul fondamento clinico di una data sindrome, ogni fatto accertato ha il suo valore — sia pure provvisorio — in attesa che dal ripetersi di nuove osservazioni, dalle ulteriori conferme od esclusioni, dal confronto e dalla critica dei singoli contributi si ricavano dati di maggior sicurezza per la diagnosi. La presente nota trova la sua ragione in questa premessa.

L'inferma R. Luisa, di anni 26, presentava alla nostra prima osservazione (24 febbraio 1932) gli stessi segni clinici e radiologici rilevati durante la sua degenza in clinica (tumefazioni leggermente dolorose delle articolazioni delle mani, del polso e tibio astragaliche, ipotrofia e ipotonia muscolare, poli-linfomatosi con linfoghiandole più grosse alle regioni sottomastoidee e alle ascelle, senza segni di periadenite e di fluidificazione, discreto tumore di milza, febbre modica, anemia a tipo secondario. Alle radiografie demineralizzazione diffusa delle ossa con osteoporosi notevole dei capi articolari, senza fatti iperproduttori e di addensamento e con interlinea articolare completamente libera). Di più i segni di una pleurite secca e di un discreto versamento nella pleura destra e nel pericardio che già, negli ultimi giorni della sua permanenza in Clinica, andava delineandosi.

Spiccato era inoltre l'aspetto mixedematoso della cute del viso e delle mani, intensissimo il pallore dei tegumenti e delle mucose, la febbre oscillante tra i 37°,2 e i 38°.

I movimenti articolari, discretamente possibili e poco dolorosi, andarono di poi, con fasi di recrudescenza e di remissioni, ancora migliorando, tanto che l'inferma, dopo cinque mesi, poteva sorreggersi in piedi e fare da sola alcuni passi. La tumefazione e la distribuzione delle linfoghiandole, pressochè la medesima di quella rilevata in Clinica, rimase tale per quasi tutto il decorso della nostra osservazione. La milza non subì variazioni apprezzabili di volume, mentre il fegato, col progredire del versamento pericardico, si rese poi palpabile a due dita sotto l'arco costale. Le masse muscolari notevolmente ipotrofiche, sopratutto agli arti inferiori, erano mascherate dal grasso sottocutaneo e da una succulenza non depressibile della cute che successivamente, col sopravvenire di una leggera stanchezza del cuore, lasciò il posto, sulle regioni pretibiali e malleolari, ad un edema del tipo cardiaco. I riflessi tendinei risultavano accentuati sopratutto sugli arti inferiori, con accenno al clono del piede bilateralmente. Non Babinski.

L'esame del sangue confermava la presenza di una anemia piuttosto grave di tipo secondario: globuli rossi 2.100.000. Hb (Sahli) 0,53. Valore glo-

bulare 0,79. Anisocitosi e poichilocitosi notevole. Globuli bianchi 7200 con leggera linfocitosi relativa.

R. Wassermann negativa nel sangue e nel liquido cefalo-rachideo, che si dimostrava normale nella sua costituzione chimica e citologica.

Azotemia 0,31 %. Metabolismo basale (praticato il 21 marzo), — 11,3.

La puntura della pleura D., praticata poco dopo l'ingresso dell'inferma in ospedale, dava esito a liquido limpido citrino, con Rivalta negativa, peso sp. 1019, albumina 19 ‰ e sedimento costituito da scarsi linfociti e polinucleati, pressochè in identica proporzione e da un discreto numero di cellule endoteliali.

La puntura del pericardio, praticata il 16 marzo, ed imposta dalla crescente dispnea ed oppressione precordiale, dava esito a 300 cc. di liquido d'identico aspetto del liquido pleurico, con Rivalta negativa, peso sp. 1022, albumina 35 ‰ e sedimento costituito da numerose grosse cellule a nucleo unico ed a protoplasma abbondante. Eseguite inoculazioni in cavia, si ebbero risultati del tutto negativi, per ciò che riguarda la constatazione di lesioni di tipo tubercolare, quando le cavie a distanza di cinque mesi furono sacrificate. Anche l'esame istologico degli organi repertati ha permesso di escludere con certezza alterazioni specifiche tubercolari o di altra natura.

L'11 marzo si prelevava dalla regione ascellare destra un grosso pacchetto ghiandolare. Alcune delle ghiandole asportate servirono alle ricerche batteriologiche e culturali, altre per le iniezioni in cavia, altre infine per l'esame istologico. Il reperto macroscopico delle linfoglandole, accuratamente esaminate, non ha dato occasione a particolari rilievi: tutte uniformemente presentavano una consistenza duro-elastica ed un colorito carnicino alla ispezione esterna come pure alla superficie di taglio. La capsula era liscia e levigata, nè si notavano aderenze abnormi tra le diverse ghiandole. Non esistevano cioè segni evidenti di periadenite macroscopicamente dimostrabili, e tanto meno di fusione delle singole ghiandole. Ciò del resto corrispondeva al carattere già rilevato di mobilità al di sotto dei tegumenti. Si presentavano tutte bene delimitate, senza alcuna traccia di rammollimento nè di degenerazione, nè di caseosi e neppure di sclerosi sulla superficie di sezione.

La ghiandola per l'esame fu fissata in alcool ed oltre alle comuni colorazioni con ematossilina ed eosina ed ematossilina e V. Gieson, furono adoperate le colorazioni di Mallory, il metodo di Gallego, il metodo di Giemsa, le colorazioni di Pappenheim per le plasmacellule, le colorazioni di Weigert per le fibre elastiche. Premesso che nella valutazione relativa dell'esame istologico è da tener conto che fu possibile di praticarlo soltanto in una stazione ghiandolare e precisamente sulle ghiandole dell'ascella, premesso anche che non esistono, come appare dalle descrizioni di altri AA. alterazioni vere e proprie specifiche corrispondenti alla malattia di Still, e che nello stesso individuo si possono trovare alterazioni ghiandolari di diverso tipo ed estensione (valga ad esempio il caso descritto da Reitano, in cui buona prte delle ghiandole esaminate presentavano caratteristiche alterazioni tubercolari, mentre le altre mostravano lesioni più che altro riferibili ad uno stato di tossicosi), esponiamo senz'altro i risultati dell'es. istologico nel nostro caso.

La capsula risulta uniformemente distesa ed è costituita da un esile connettivo fibrillare che nella sua parte più esterna specialmente dimostra degli sfibrillamenti. In corrispondenza dell'ilo della ghiandola insieme al connettivo fibrillare, si nota il connettivo adiposo areolare, di struttura normale. In mezzo alle fibrille connettivali della capsula si riconoscono anche degli esili fascetti di tessuto muscolare, spesso in dipendenza dei vasi: vasi che appariscono ben evidenti ed in alcuni punti ripieni di globuli rossi ben conservati. In alcune sezioni le pareti dei vasi arteriosi, decorrenti sulla capsula si presentano ispessite.

Oltre a questi fatti nello spessore della capsula si notano degli infiltrati costituiti da elementi piccoli, rotondeggianti, con nucleo intensamente tingibile, frequentemente picnotico. Tali infiltrati si presentano in ordine sparso, subito al disopra del parenchima ghiandolare, ma anche nelle parti più esterne della capsula; essi sono del tutto indipendenti dai vasi sanguigni e dalle lacune vascolari. La loro distribuzione non assume mai un netto carattere nodulare linfoide ma più spesso mantiene quello di infiltrato diffuso. In alcuni punti i processi degenerativi di questi elementi linfocitari sono particolarmente intensi ed i residui dei nuclei frammentati e picnotici determinano, in punti circoscritti, una più diffusa colorabilità con l'ematossilina.

Esaminando il parenchima ghiandolare con piccoli sistemi di ingrandimento, il fatto più caratteristico che risulta all'osservazione è dato dalla presenza di aree più chiare di tessuto in cui sicuramente l'addensamento degli elementi costitutivi della ghiandola è minore che in altre parti. A questa veduta d'insieme, corrisponde il reperto a più forte ingrandimento, per cui risulta che gli elementi linfoidi specialmente in alcuni tratti, sono piuttosto distanziati gli uni dagli altri. Questa alterazione corrisponde da un lato ad una diminuzione di numero degli elementi, dall'altro alla atrofia ed alla riduzione di volume degli elementi stessi.

Portando l'attenzione verso la periferia, alla parte corticale della ghiandola, dove i follicoli sono abbastanza largamente distribuiti, è manifesto come particolarmente risentano di queste alterazioni, per cui ne conseguono variazioni nella forma, nel volume ed anche nei singoli elementi costitutivi. Ne risulta perciò che sono meno evidenti, di configurazione irregolare, alcune volte non di forma rotondeggiante, ma piuttosto allungata, ovoidale. È verso la periferia del follicolo che in ispecie si osserva l'atrofia degli elementi, la irregolare distribuzione dei linfociti e la loro dissociazione quasi fossero distanziati tra di loro per edema. Si ha l'impressione in alcuni quasi di una dispersione dell'elemento linfoide, più accentuata alla periferia che non in corrispondenza del centro germinativo, senza che ne consegua — come avviene in taluni processi morbosi che interessano le ghiandole ed anche la milza — un aumento di volume del follicolo o meglio una diffusione dell'elemento linfoide oltre la periferia del follicolo ed una meno netta demarcazione dei seni linfatici.

Però il reperto istologico nei tessuti fissati non permette di dimostrare in questi punti la esistenza di un edema vero e proprio. D'altra parte i vasi e le lacune sanguigne non presentano alterazioni che dimostrino la causa di questo sup-

posto edema. Degno di nota il fatto che anche nei tratti nei quali maggiormente risulta la dissociazione degli elementi linfocitari, mai si trovano in questi quelle alterazioni a carattere regressivo e degenerativo che abbiamo riscontrato e descritto nei focolai della capsula.

In alcune sezioni, seguite serialmente, il follicolo non è più riconoscibile per la presenza dei suoi elementi costitutivi, ma è rappresentato soltanto dal reticolo adenoideo, il quale, a sua volta, non apparisce modificato nella sua struttura e non dimostra alcun segno evidente di fibro-adenia e di proliferazione e neanche di ialinosi dello stroma reticolare, sul quale fu richiamata in questi ultimi tempi l'attenzione. Dove il follicolo è ancora conservato non si trova alcun segno di differenziazione nella parte centrale del centro germinativo. L'atrofia dell'elemento linfocitario comprende anche i cordoni follicolari e ne consegue quel caratteristico aspetto, per quanto non di alto grado, al quale poco sopra si è accennato, della presenza di aeree più chiare in cui gli elementi cellulari sono ridotti di numero e di volume. In rapporto, sempre, con questa atrofia degli elementi costitutivi dei cordoni follicolari, si ha una maggiore evidenza delle lacune linfatiche interposte fra i cordoni. Il sistema cavernoso è anche modificato, i seni marginali sono poco evidenti, ad eccezione di quelli che corrispondono all'ilo della ghiandola dove si nota la presenza di elementi linfoidi più o meno addensati. In corrispondenza del sistema dei seni linfatici midollari si avverte invece la presenza di qualche cellula abbastanza voluminosa, addossata contro la parete del seno — con la quale sembra in stretto rapporto — di forma poligonale, con nucleo ricco di cromatina, con protoplasma discretamente abbondante e bene tingibile.

Pure tenendo presente che gli elementi fibrillari nei seni linfatici midollari sono più spessi che non nel follicolo, appare manifesto che in questi punti si hanno dei movimenti proliferativi, che risultano con la maggiore chiarezza nei preparati allestiti col metodo di Mallory e con quello di Gallego. Con questi metodi si dimostra che, pure essendo manifesti in tutta la ghiandola, solo in alcuni punti circoscritti raggiungono la maggiore evidenza, conservando però sempre un netto carattere fibrillare senza che il tessuto presenti segni di ialinosi e di trasformazione fibrosa. Verso l'ilo della ghiandola il connettivo è ispessito, ma conserva ancora il tipo fibrillare. La caratteristica fondamentale in questi tratti è data dalla ricca vascolarizzazione — in contrasto con quanto si osserva nel parenchima — ma più che tutto dal fatto che la proliferazione del connettivo ha netta distribuzione perivascolare (sclerosi ilare fibrillare perivasale).

Nei vasi dilatati del connettivo della regione ilare si notano abbastanza numerosi elementi di tipo linfoide.

Questi sono gli elementi che si ricavano dall'esame sistematico fatto da numerose sezioni e con diversi metodi della ghiandola in esame, che presentava, come si è detto, la grandezza di una piccola nocciola. Oltre questi dati diremo come in nessun punto della ghiandola fossero dimostrabili istologicamente dei focolai di rammollimento o di degenerazione caseosa quali si riscontrano facilmente nelle ghiandole tubercolari. Manca ogni altro dato di alterazione tubercolare sia nella capsula, per quanto si riferisce alla presenza di ispessimenti circoscritti o diffusi di carattere specifico, sia nel parenchima ghiandolare per la mancanza di cellule giganti di tipo Langhans o di cellule epitelioidi o di focolai di proliferazioni linfoide. Mancano altresì le note che caratterizzano la linfogranulomatosi per l'assenza di focolai di necrosi, di cellule irregolari voluminose con nucleo lobato, voluminoso, irregolare del tipo di Sternberg; come pure mancano gli infiltrati caratteristici, diffusi o a focolaio, di cellule eosinofile. Nel caso in esame manca, anche in confronto di altri casi studiati da altri AA. (ma specialmente da Micheli e Gamna, ai quali dobbiamo nella dettagliata monografia sull'importante argomento, la precisa descrizione delle lesioni reperibili nei vari distretti linfoglandolari) quella alterazione da essi definita come catarro dei seni. Detta alterazione, come è noto, è caratterizzata dalla partecipazione degli endoteli dei seni con fatti di tumefazione, di rifongiamento, di proliferazione, e di desquamazione (catarro desquamativo dei seni), processo che si accompagna frequentemente alla linfoadenite semplice iperplastica ed anche ad alcune reazioni ghiandolari in relazione a processi specifici (sifilide). Nel nostro caso abbiamo noi pure trovati degli elementi in rapporto con le pareti sinusali ma per i loro caratteri (cromatina del nucleo, colorabilità del nucleo e del protoplasma, rapporti con le pareti del seno) vorremo piuttosto interpretarli come conseguenti ad un attivo movimento proliferativo che non ad una alterazione regressiva che porti alla desquamazione. Accennato al reperto ed al suo possibile significato non intendiamo trarre delle conclusioni che potranno essere dedotte soltanto da ulteriori conferme. Del resto anche Micheli e Gamna accennano nella loro pubblicazione che il reperto è differenziabile dal catarro dei seni per la tendenza alla proliferazione degli elementi reticolo-istiocitari.

A completamento della descrizione istologica devesi accennare come nelle diverse sezioni non si sia mai osservata la presenza di plasmacellule pure avendo cercato di metterle in evidenza con metodi adatti. Così pure non si è osservata la presenza di cellule globulifere o pigmentifere o di pigmenti abnormi liberi (reazione del Fe) che depongano per emorragie in atto o pregresse, svoltesi nel parenchima.

Riassumendo l'esame della ghiandola mentre ha permesso di escludere la esistenza di processi specifici in atto o in esito ovvero linfogranulomatosi, ha dimostrata la presenza di un processo iperplastico e nel tempo stesso atrofico — dilazione dei seni midollari e atrofia linfoide — di una sclerosi fibrillare ilare perivascolare, di una probabile reazione istiocitaria del reticolo endosinusale con tracce di periadenite, macroscopicamente non rilevabile.

Una parte delle ghiandole, ridotta a poltiglia con soluzione fisiologica e seminata sui terreni di cultura non diede luogo a sviluppi di germi. La medesima poltiglia, inoculata nel sottocutaneo e nel peritoneo delle cavie non determinò anche dopo passaggi in serie, particolari lesioni, sia microscopicamente che macroscopicamente dimostrabili a carico delle linfoghiandole, delle sierose e degli organi viscerali.

Il decorso della malattia, nei primi tre mesi di degenza, non offre particolari rilievi, se si eccet-

tua la diminuzione graduale dei versamenti, ed un minor grado di succulenza della cute, in seguito al migliorare delle condizioni del cuore e ad una terapia tiroidea. Solo verso i primi di aprile si determina, in corrispondenza del terzo inferiore della gamba sinistra e sul suo lato antero-esterno una piccola chiazza di arrossamento, dolente e calda al tatto, che rapidamente si estende, si tumefà, divenendo in seguito fluttuante. Nel pus estratto si riscontrano numerosi bacilli acido-resistenti. Si tratta pertanto evidentemente di una localizzazione tubercolare ed il reperto è confermato dalla prova biologica con la inoculazione in cavia e con l'isolamento culturale in terreno di Petragnani. La lesione descritta interessa esclusivamente il sottocutaneo, e le radiografie infatti hanno messo in rilievo come l'osso sottostante fosse completamente integro.

L'inferma esce il 5 giugno dall'ospedale in condizioni generali notevolmente migliorate, ma sempre fortemente pallida e con i segni ancora presenti di un modico versamento pericardico. Le piccole articolazioni delle mani, l'articolazione dei polsi e delle due ginocchia restano ancora leggermente tumefatte ma pressochè indolenti. Linfoghiandole solo modicissimamente ingrossate nelle stazioni del collo e delle ascelle. Deambulazione appena possibile, sopratutto per la grave atrofia delle masse muscolari. Assenza di febbre da circa 20 giorni. Piaga della grandezza di due soldi con pareti ampiamente scollate sul terzo inferiore della gamba S.

Radioscopie e radiografie del torace sempre negative per lesioni polmonari e mediastiniche.

È lecito da quanto abbiamo detto sul decorso clinico e sulle particolarità batteriologiche ed istologiche rilevate, avanzare qualche ipotesi sulla patogenesi, ancora dibattuta, della malattia di Still e sul caso nostro in ispecie?

Soffermiamoci anzitutto sull'esame istopatologico delle linfoghiandole prelevate.

Oltre ad un infiltrato linfocitario diffuso nello spessore della capsula, il fatto fondamentale che più colpisce è la rarefazione e l'atrofia degli elementi linfocitari dei follicoli e dei cordoni linfatici, accanto ad una dilatazione dei seni, in cui si nota la presenza di particolari cellule, con protoplasma abbondante e nucleo ricco di cromatina, interpretate come indici di una reazione da parte degli elementi del sistema reticolo-istiocitario. Un insieme cioè di lesioni che, entro certi limiti, approssimativamente, corrispondono alle descrizioni date da Micheli e Gamna nei casi da loro studiati.

Entro certi limiti però, perchè per altri dati se ne discostano.

Sui dettagli istologici non è il momento questo di soffermarci poichè furono già esposti, ed una discussione comparativa con gli altri casi descritti sarebbe prematura e non utile il farla, poichè troppo scarsi sono ancor gli elementi di comparazione. Soltanto ulteriori ricerche potranno sceverare quello che è fondamentale da quello che è episodico, il significato ad es., della periadenite nella nostra osservazione, quando manca ogni altro segno di flogosi, e quando in altre si esclude la presenza di focolai, sia pure microscopici, di periadenite. Nè intendiamo, quindi, di assegnare, un particolare significato alla mancanza, del così detto « catarro dei seni », sia perchè tale reperto si ha in altre malattie che nulla hanno a che fare col reumatismo articolare — e può significare soltanto un fatto reattivo in una adenopatia satellite da cause diverse — sia perchè in soggetti ammalati con la sindrome di Chauffard-Still alcune volte non fu riscontrato. Questo non toglie affatto valore alle constatazioni di Micheli e Gamna, poichè ben si comprende che non sempre si abbiano a trovare le lesioni nello stesso periodo evolutivo, e quindi quelle terminali possano non corrispondere alle fasi iniziali o alle tappe intermedie. Inoltre è verosimile ritenere che se l'adenotapia fosse considerata, con Micheli e Gamna, come satellite, si possano avere delle differenze sensibili nelle diverse stazioni ghiandolari. Ad altre conclusioni dovremmo invece arrivare se le ulteriori ricerche affermassero che la adenopatia sia da considerarsi come un'alterazione sistemica anche all'infuori delle lesioni articolari.

Nella valutazione comparativa poi sarà da prendere in considerazione non solo da quanto tempo il risentimento ghiandolare si è stabilito, ma in special modo la età del paziente, dato che la risposta agli stimoli può variare con l'età, oltre che con la costituzione, con precedenti morbosi, ecc.

Nella osservazione che forma oggetto di questa nota l'indagine ha dovuto limitarsi ad un solo gruppo di linfoglandole. Forse l'esame di altri gruppi ghiandolari avrebbe svelato quel polimorfismo di alterazioni (processo di fibrosi, cellulo-reticulosi, granulomatosi) che per Micheli e Gamna giustamente corrispondono più che al concetto di infiammazione ad uno stato di irritazione cronica da parte di agenti patogeni arrivati alle ghiandole attraverso i linfatici afferenti.

Nel nostro caso si è rilevato invero, dal punto di vista istologico, la presenza di alcuni infiltrati nello spessore della capsula, infiltrati che mancano nelle descrizioni degli altri AA. — ad eccezione di un caso di Chauffard e Ramon, dove si avevano segni di sclerosi dell'ilo ghiandolare — e potrebbero deporre per il concetto di un processo infiammato-

rio. Ma, come abbiamo ripetutamente detto, questi fatti devono essere oggetto di revisione prima di assumere un attendibile significato. Non insistiamo quindi nel volerlo ora discutere con maggiore ampiezza. Per noi è sufficiente ed interessante più che altro di avere confermato che il quadro istologico fondamentale dell'adenopatia non si discosta nella linea generale da quello fissato da osservazioni precedenti ed autorevoli.

Altro fatto interessante nella nostra inferma è la presenza di un discreto versamento pleuro-pericardico e della localizzazione tubercolare all'arto inferiore sinistro, sviluppatosi durante il decorso della malattia. La pericardite fu sospettata clinicamente qualche volta dallo Still, ma riteniamo di averne data forse noi per i primi la dimostrazione con lo svuotamento del pericardio. Abbastanza spesso nella pleura si ha pleurite secca. Invero il versamento pleuro-pericardico rappresentò la nota clinica fondamentale di quasi tutto il corso della nostra osservazione.

I chiari caratteri di transudato presentati dal liquido pleurico ci autorizzano a pensare che questo, sebbene rilevato contemporaneamente al versamento pericardico, gli sia stato secondario in formazione e abbia tratto la sua origine dal disturbo di circolo in conseguenza determinatosi. È però interessante notare come il liquido pericardico accanto ai caratteri di essudato (albumina 35 ‰ e peso sp. 1022) rivelasse una reazione di Rivalta negativa con una scarsissima quantità di fibrina, dimostrata dalla incoagulabilità del liquido anche dopo molte ore dalla sua estrazione. Ciò che sembra anche deporre per la natura irritativa differente dai comuni stimoli infiammatori, dello stimolo che diede origine al versamento pericardico.

La presenza di bacilli di Koch nel pus della lesione cutanea non ci autorizza che ad una sola, netta, conclusione. La presenza, cioè, ad un dato momento della malattia, di una bacillemia tubercolare, per apporto di bacilli nel sangue da un focolaio obsoleto linfoghiandolare o viscerale.

L'associazione tra m. di Still e tubercolosi potrebbe essere soltanto fortuita come ritengono Micheli e Gamna, e lasciamo qui dal discutere i criteri clinici e istopatologici per cui questi AA. si schierano assolutamente contro la natura tubercolare del morbo di Still, ammessa da altri autori. Tra questi ultimi dobbiamo ricordare Reitano che ha trattato ampiamente la questione, basandosi sul dettagliato reperto di una necroscopia completa, dimostrando la coesistenza di alterazioni ghiandolari tubercolari in alcuni distretti e di altre del tipo ben noto, riferibili ad uno stato tossico senza alcun significato di specificità.

L'esito negativo nel nostro caso degli innesti — oltre che delle prove culturali sulle ghiandole asportate — farebbe anche escludere l'ipotesi suggestiva di un possibile intervento di forme filtranti del bacillo di Koch nella patogenesi del morbo di Still. L'ipotesi va presa tuttavia in considerazione date le recenti constatazioni di una bacillemia tubercolare (Löwenstein e Reyter) nel decorso di reumatismi articolari acuti (tipo Bouillaud, che non posseggono peraltro alcuno dei caratteri assegnati ai reumatismi di natura tubercolare) nella corea, nell'eritema nodoso ed anche in altre affezioni. Si prospettano pertanto delle possibilità che fino a poco tempo fa ci erano assolutamente ignote. È ben vero che queste ricerche di Löwenstein e della sua Scuola sono ora oggetto di revisione e non hanno trovato quelle conferme che si attendevano da una larga schiera di studiosi che ha esperimentato la metodica di Löwenstein per la dimostrazione della bacillemia tubercolare. Ma anche all'infuori di queste ricerche è certo però che le nuove conoscenze sulla filtrabilità del virus tubercolare mettono in luce punti di vista nuovi sulla possibilità di reazioni articolari e linfoghiandolari da virus filtrabile.

Con ciò non intendiamo affatto di affermare un legame tra la malattia di Still e la tubercolosi e tanto meno avanzare la ipotesi che quella sia in dipendenza di una forma filtrante del virus tubercolare. Intendiamo soltanto di discutere i nostri reperti per mettere in rilievo il fatto che in un periodo nel quale si è svolta nella nostra paziente una batterioemia tubercolare — svelata da una localizzazione anatomica se non da una emocultura — le inoculazioni di liquido pericardico e di tessuto ghiandolare in cavia non hanno affatto dato luogo allo sviluppo di tubercolosi.

La presenza di linfoghiandole calcificate alle regioni ascellari, rilevate in clinica agli esami radiologici, dimostrano d'altra parte chiaramente nella nostra malata l'esistenza di antichi focolai di tubercolosi guarita, che, in associazione all'ascesso tubercolare in seguito determinatosi, parlano in favore di una continuità di evoluzione tra i vecchi e i nuovi focolai, antecedenti e consecutivi all'inizio della malattia che ci occupa.

Resta tuttavia a vedere se l'insorgenza della malattia di Still abbia potuto, come malattia anergizzante, determinare un semplice ri-

sveglio di focolai latenti di tubercolosi. Ciò che non ci sembra verosimile, poichè se un'anergia per il b. di Koch si fosse nella nostra inferma determinata, più che ad un ascesso localizzato, espressione di bacillemia transitoria e di una notevole difesa immunitaria, avremmo piuttosto assistito ad una rapida invasione di tutto l'organismo da parte del bacillo di Koch.

Ci basti di avere accennato ai fatti ed alle ipotesi logiche che ne scaturiscono. Andare oltre nell'ammettere un'origine forzatamente tubercolare della m. di Still e del caso nostro in ispecie, sarebbe azzardato per quanto prematuro. Nell'attesa che molti fatti siano chiariti, specie per ciò che riguarda l'azione degli ultravirus tubercolari e le reazioni individuali inerenti alle disposizioni transitorie e al terreno, ci sembra prudente considerare la m. di Still non come un'entità morbosa vera, ma soltanto come una sindrome. Comunque, per la natura delle lesioni articolari e fino ad una più esatta precisazione del fattore eziologico, essa va classificata nel gruppo dei reumatismi articolari cronici fibrosi, pur conservando tra questi, per la sua speciale fisionomia clinica, un posto nosografico ben definito.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di morbo di Still, riferendo ampiamente sulle particolarità istologiche rilevate all'esame biopsico di un pacchetto ghiandolare prelevato dall'ascella e soffermandosi su alcune particolarità cliniche inerenti al decorso e sui possibili rapporti tra m. di Still e tubercolosi.

BIBLIOGRAFIA.

Frugoni. *Morbo di Still-Chauffard*. Il Policlinico, Sez. pratica, luglio 1932, n 28.

Micheli e Gamna. *Il morbo di Still*. Minerva Medica, 1928, n. 1-2.

Giordano. Arch. per le Scienze Mediche, 1931.

Reitano. *La cosidetta m di Still*. Arch. It. di Anatomia e Istologia Pat., vol. I, 1930, pag. 489.

Weissenbach e Françon. *Le sindrome de Chauffard-Still. Rhumatisme chronique fibreuse ecc.* Presse Médicale, agosto 1931.

F. G. Still. *Rheum. arthritis in children*. Albutt's System of Med., v. 3, p. 102, London, 1897.

P. Chevalier. *La maladie de Chauffard-Still et le syndromes voisins*. Revue de M°decine, n. 2, febbraio 1930.

Debré, Broca e Lamy. *Forme endocarditique de la maladie de Still*. Arch. de Méd. des Enfants, aprile 1930.

A. Saenz. *Valeur diagnostique de l'hémaulture chez les tuberculeux*. C. R. de la Soc. de Biol., t. CVII, 1931, p. 1455.

Löwenstein e Reitter. Wien. Klin. Woch., 1930, p. 19.

Id. Id. Münch. Med. Woch., 1930, p. 1552.

Id. Id. Wien. Klin. Woch., 1931, p. 1357.

E. Lowenstein. Zeitschr. f. Tuberk., t. XLIII, p. 3.

Id. Münch. Med. Woch., 1931, p. 1080.

Pierre Delhet e Pierre Cartier. *Sur la pathogénie de certains épanchements articulaires*. Bull. de l'Acad. de Méd., t. CVIII, n. 22.

A. Costa. *Un caso di sindrome di Still*. Arch. per le Sc. Med., vol. LVI, 4.

M. Faberi. *Osservazione clinica e considerazioni sopra un nuovo caso di m. di Still*. Policl., Sez. Med., 1930, 399.

Fontes. *L'ultravirus tuberculeux*. Ed. Masson, 1932.

Houdoroy. *Les ultra-virus et les formes filtrantes des microbes*. Ed. Masson, 1929.

A. Vaudremer. *Le développement du bacille de la tuberculose*. La Presse Médicale, 24 sett. 1932.

Paisseau e Oumausky. Soc. de Biologie, t. CIII, 1930, p. 1086-1088.

Id. Id. Soc. Méd. des Hôp., 12 octobre 1928; Ann. de Méd., t. XXVI, n. 1, 1929, p. 30.

SUNTI E RASSEGNE.

MALATTIE INFETTIVE.

Risultati della inoculazione del virus della cosidetta "febbre esantematica" agli animali di laboratorio e all'uomo.

(U. Reitano e U. Boncinelli. *Annali di Medicina Navale e Coloniale*, novembre-dicembre 1932).

Gli AA. che in una loro nota preventiva già avevano fatto cenno delle ricerche da loro praticate intorno alla « febbre esantematica » riferiscono ora in modo dettagliato sui risultati di queste loro ricerche. Le opinioni dei vari AA. sulla recettività o meno degli animali di laboratorio al virus in questione sono assai discordanti. Del tutto recentemente D. Olmer al 1° Congresso d'Igiene Mediterranea, che ha avuto luogo a Marsiglia, affermava che la cavia non è recettiva alla malattia. Non dello stesso parere sono altri Autori, ad esempio Brumpt e Sampietro, i quali ammettono che le cavie reagiscono nettamente al virus della *fièvre boutonneuse* con una particolare sintomatologia, in cui la febbre è carattere costante.

Per quanto riguarda gli altri animali, tutti sono concordi nell'ammettere che le scimmie inferiori sono recettive al virus; questa recettività è stata anche dimostrata per il cane, per il coniglio e per i roditori.

Le indagini degli AA. si sono rivolte a cavie, conigli, ratti, topini bianchi e piccioni. Per diverse ore hanno inoculato sangue di cane, poltiglia di zecche e sangue di ammalati di febbre esantematica. I passaggi in serie da animale ad animale sono stati fatti con pappa di cervello e di altri organi o con sangue intero.

In un primo gruppo di esperienze hanno cercato di rilevare quale fosse la sensibilità delle singole specie animali, prese in considerazione verso il virus eventualmente contenuto nelle zecche, nel sangue di cane, e nel sangue di individui malati. Nel secondo gruppo di esperienze hanno cercato di mettere in evidenza e chiarire la trasmissione in serie del virus di varia provenienza ai vari animali.

Le conclusioni a cui gli AA. giungono attraverso i risultati delle loro esperienze sono le seguenti:

Le cavie e i ratti bianchi non reagiscono con sintomi clinici ben evidenti alla inoculazione del virus contenuto nelle zecche, nel sangue del cane e nel sangue di malati; per quanto in alcuni casi siano state notate delle elevazioni termiche o delle vere e proprie curve febbrili. Le alterazioni anatomo-patologiche trovate in questi animali però consentono di affermare che essi non sono insensibili alla inoculazione del virus. I fenomeni di iperemia osservati nel cervello e nei testicoli degli animali inoculati non si accompagnano, dal punto di vista istologico, a nessun fatto infiammatorio peri- ed endo-vasale che consenta un ravvicinamento del virus in questione con quello del tifo esantematico; e ciò può spiegarsi data la scarsa virulenza del virus stesso.

Il virus della « *febbre esantematica* », contenuto nelle zecche e nel sangue di ammalati e di cani, è trasmissibile attraverso vari passaggi in cavie e ratti bianchi. Tale trasmissibilità gli AA. hanno dimostrato riproducendo sia la malattia tipica, sia la sua forma inapparente nell'uomo inoculato con poltiglia di cervello o con sangue di animali che rappresentano il 3° passaggio del virus stesso. Nelle cavie trattate fu notata varie volte la presenza di microrganismi identici, dal punto di vista morfologico, alle *Rickettsiae*.

In sostanza, l'insieme dei fatti sperimentali osservati sulla c. d. *febbre esantematica* non permette ancora di fare deduzioni circa l'analogia o l'identità del virus di questa forma morbosa col virus di altre malattie appartenenti a questo gruppo (tifo endemico benigno di origine murina e umana, tifo classico): ogni recisa affermazione in questo campo può considerarsi come prematura.

* * *

Nello stesso giornale gli stessi AA., coadiuvati da E. Salustri, riferiscono i risultati delle loro ricerche, riguardanti la inoculazione sperimentale all'uomo del virus della c. d. febbre esantematica. Tali esperienze tendono a dimostrare che la febbre esantematica di Roma si comporta, nei riguardi della trasmissibilità all'uomo, come le forme morbose descritte a Tunisi, a Marsaglia, in Grecia e Rumenia, che alla prima evidentemente somigliano sia dal punto di vista clinico che epidemiologico.

Con una serie di ricerche su ammalati mentali ricoverati nel Manicomio Provinciale di Roma ai quali essi hanno inoculato a scopo terapeutico (piretoterapia) sangue di individui affetti da febbre es., poltiglia di zecche, sangue e organi di animali già inoculati, coltura di un germe Rickettsiforme isolato da una malata affetta da febbre esantematica, essi vengono alle seguenti conclusioni:

L'inoculazione sperimentale del virus della febbre esantematica (febbre eruttiva di Carducci; malattia di Conor e Bruch), contenuto nelle zecche del cane, determina talvolta nell'uomo un comportamento identico, nelle prove sperimentali, della febbre eruttiva Carducci con la malattia di Conor e Bruch.

È possibile riprodurre la malattia nell'uomo per mezzo di poltiglia di cervello di animali, inoculati con zecche, al 3° passaggio. Nell'uomo si possono verificare casi di malattia inapparente svelati dalla positività della reazione di Weil-Felix.

La recettività individuale è assai variabile secondo i soggetti, non escludendo anche che esistano in natura ceppi di virus differenti per il potere patogeno. L'iniezione di sangue di individui affetti da « febbre esantematica » nel periodo acuto in due malati mentali dette risultato negativo: così anche l'iniezione della cultura del germe Rickettsiforme isolato da una malata di febbre es.

La piretoterapia mediante virus della febbre esantematica non è, secondo l'opinione degli AA., pratica agevole ed efficace.

G. LA CAVA.

La clinica delle malattie paratifose.

(A. LUGER. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 22 luglio 1932).

Non è agevole delineare con precisione il quadro clinico delle malattie paratifose. Parecchie sono le cause per cui la clinica non può in questo campo seguire la batteriologia, sebbene l'abbia preceduta in tale questione. In parte, ciò è dovuto all'insufficiente differenziabilità dei sintomi morbosi delle varie forme, ma soprattutto al fatto che, anche batteriologicamente, vi è incertezza nella classificazione. Difficoltà in questo campo sorgono per le possibilità di variazioni e per il fatto che persino lo stesso germe, in mano di diversi valenti batteriologi può assumere un diverso significato.

La minuta esattezza che l'odierna batteriologia ha introdotto nelle ricerche sui paratifi, porta una certa oscurità nella clinica che lavora con concetti più grossolani. Quando poi si pensi al problema non ancora del tutto risolto della formazione di tossine da parte di alcuni tipi del gruppo paratifico, si deve am-

mettere che clinicamente non è possibile stabilire dei limiti netti fra malattie tossiche ed infettive. Si pensi all'importanza che possono assumere i prodotti di degradazione delle sostanze alimentari (eventualmente dati da tipi dei paratifici), prodotti che possono fare scomparire i tratti caratteristici del quadro clinico ed, eventualmente, determinare malattie autonome, nel senso delle intossicazioni alimentari dei vecchi clinici.

Se consideriamo, per es., l'epidemia di Stoccolma che, in seguito all'uso di salciccie, ha colpito 60 soldati, fra i quali è stato isolato in 16 casi lo stipite di Breslau ed in 9 il paratifo B di Schottmüller, si presenta una nuova difficoltà: quella cioè delle infezioni miste, che non devono essere molto rare e che rendono impossibile l'ascrivere ad un determinato gruppo eziologico il complesso sintomatico osservato.

Altre difficoltà si presentano per il fatto della diversità dei fenomeni nelle varie epidemie. Si comprende quindi quanto riservato debba essere il clinico di fronte ai risultati batteriologici e sierologici ed anche ad un reperto positivo del sangue. Possono sorgere confusioni per le infezioni miste, per il fatto dei portatori in cui sotto l'influenza di varie cause può aversi una batteriemia che non è in rapporto eziologico con la malattia in osservazione. I reperti di bacilli paratifici nel sangue di individui completamente sani dopo il consumo di carne tritata (salami, salsiccie, ecc.), consigliano grandi cautele prima di venire a qualche conclusione; maggior fiducia si deve accordare all'esame dell'urina che dovrebbe esser fatto sistematicamente.

Notevoli incertezze si hanno anche mettendo in rapporto i reperti sierologici con la clinica, specialmente per il fatto della coagglutinazione per le variazioni del titolo di agglutinazione dovuto ad infezioni intercorrenti di altra specie od a reazioni da corpi albuminoidi, per la possibilità di agglutinazione del tifo con il siero di malati con Gärtner o con suipestifer, nonchè per il fatto che nelle malattie paratifiche, l'agglutinazione si presenta talora soltanto nella convalescenza.

Forme principali delle infezioni paratifose.

L'infezione paratifosa può manifestarsi o sotto il quadro di gastroenterite (od enterocolite) oppure con quello di tifo addominale o come sepsi.

1) *Forma tifosa.* Si presenta generalmente nei casi classici di infezione col paratifo B di Schottmüller. In parecchi casi è possibile la diagnosi differenziale basandosi soltanto sui dati clinici. Già lo stesso inizio è diverso; invece dell'ascesa graduale della febbre, si ha spesso nel paratifo un rapido innalzamento a gradi elevati della temperatura, sovente con brivido, un sintomo che manca quasi sempre nel tifo. Precedono generalmente spiccati fenomeni gastrointestinali che continuano nei primi giorni di malattia; quelli enteritici si hanno per tutta la durata della malattia. Tali fatti si osservano specialmente nei casi che possono mettersi in rapporto con una intossicazione alimentare. Manca generalmente la costipazione quale si osserva spesso nel tifo. La durata totale della malattia è minore che nel tifo; la febbre continua si ha generalmente per pochi giorni, mentre vi succede uno stadio anfibolo, talvolta con febbre remittente; si osservano anche casi che durano a lungo a tipo ondulante, sicchè destano il sospetto di febbre di Malta.

D'altra parte, vi sono casi in cui la curva della temperatura è del tutto analoga a quella del tifo, mentre anche in questo non è a dire che la curva sia sempre la stessa; basta pensare al tifo abortivo ed a quello dei vaccinati. Nè può servire da elemento diagnostico lo stato tifoso, che manca anche nel tifo genuino.

Frequente, ma non costante e tutt'altro che patognomonico è l'herpes (a varia localizzazione) che, d'altra parte può osservarsi anche nel tifo; la sua frequenza è in ordine decrescente: infezioni da coli, paratifi, tifo.

Alla roseola viene attribuita una grande importanza diagnostica. Spesso, la roseola paratifosa non presenta differenze da quella tifosa, nè per il tempo di comparsa nè per la localizzazione; la prima però si osserva non soltanto sulla regione addominale, ma in tutto il tronco ed anche sulle spalle ed alle estremità, mentre rimangono libere le palme e le piante, che sono invece sede dell'eruzione nel tifo esantematico. Con questo, le roseole del paratifo possono avere qualche rassomiglianza, presentandosi però più grosse, con passaggio alla forma papulosa, tendenza a piccole emorragie nel centro ed, in qualche caso, formazione di vescicola e successiva desquamazione; nei casi di paratifo C, si osservano roseole piccole simili a punture di pulci.

Nel paratifo A, predomina una curva con intermittenze di uno a più giorni, che fa pensare alla malaria od alla ricorrente; altre volte, si ha una febbre prodromica, che dura 3-8 giorni, a cui si riattacca dopo 1-3 giorni il quadro clinico. Tale andamento, però, si osserva anche nel tifo e, più che dall'agente infettivo, sembra dipendere dalle condizioni di immunizzazione.

Caratteristica è la compartecipazione delle mucose, specialmente arrossamento della gola, che si osserva nei primi giorni e fa pensare ad infezione grippale, specialmente se accompagnata a dolori al torace ed agli arti.

La presenza quasi regolare di diarree, spesso profuse, la mancanza della bradicardia e della diazoreazione fanno escludere il tifo e propendere per il paratifo A. Vi si aggiungano, nei primi giorni, un certo rigonfiamento e dolorosità dell'addome, che durano spesso per tutta la malattia, e così pure la dolorabilità della milza e del fegato. Spesso si hanno acolie periodiche pur senza ittero. Sono inoltre da menzionarsi degli stati simili alla dissenteria od al colera, forse dovuti ad insufficienza epatica.

FORMA ENTERITICA DELL'INFEZIONE PARATIFOSA.

Decorre di regola col quadro di diarree febbrili con o senza vomito. Periodo d'incubazione breve, talora di poche ore, ma tal'altra di qualche giorno. Generalmente, inizio improvviso, talora con brivido, con violenti dolori addominali, febbre ad altezza varia che, dopo alcuni giorni, cade rapidamente. Nulla di caratteristico, nè nel quadro clinico, nè all'esame delle feci; abbastanza frequente un certo ingrossamento della milza ed il reperto di albumina, cilindri, talora anche emazie nella urina. In alcuni casi, i fenomeni gastritici stanno in prima linea, talora anche accompagnati da stomatite e qualche volta da lieve ittero. Nulla di caratteristico nel quadro ematico; di regola si ha una lieve iperleucocitosi di carattere neutrofilo. Polso e respiro in rapporto con la febbre; nei casi gravi, predomina la paralisi vasomotoria. Spesso, rimane a lungo la dolorabilità muscolare e si può avere tendenza alle diatesi emorragiche.

Interessanti sono i fenomeni cutanei: orticaria, esantemi tossici, scarlattiniformi; frequente, ma non regolare, l'herpes. Per quanto riguarda i fenomeni nervosi (escluse le convulsioni degli stati gravi) è difficile dire quali appartengano alle infezioni paratifose e quali a quelle miste od al botulismo.

Nulla di speciale all'esame delle feci che spesso hanno un carattere dispeptico putrefattivo; il contenuto in leucociti ed albumina dimostra la natura infiammatoria del processo.

Il quadro di questa enterite febbrile può manifestarsi del tipo coleriforme o dissenteriforme; quest'ultimo più frequente nei bambini, nei vecchi o negli esauriti; è però possibile il caso di infezione mista.

Sono anche da menzionarsi delle forme croniche che durano molti mesi e possono finire in infezione generale settico-piemica.

LA SEPSI PARATIFOSA.

Decorre come infezione generale senza fenomeni intestinali, come può, del resto, osservarsi anche per il tifo: si ha particolarmente nell'infezione da suipestifer; nei casi di Jochmann, si trattava, invece, di paratifo B. La diagnosi differenziale è spesso difficile per i possibili scambi con il tifo ricorrente, la malaria, l'erisipela. Si trova iperleucocitosi con scomparsa degli eosinofili e, clinicamente: tendenza allo sviluppo di polmoniti ed ai processi suppurativi osteo-articolari; si possono anche osservare poliartriti non suppurative (artroparatifo).

Connessi con questi stati di metastasi, sono le malattie di singoli organi e sistemi, che possono essere date anche da altri germi: così le infezioni dell'apparato uro-genitale femminile, le orchiti, le parotiti, le meningiti, ecc., e che possono invece costituire una localizzazione paratifosa.

Da menzionarsi, altresì, è un quadro clinico in cui predomina l'insufficienza del cuore destro e che si osserva specialmente nei giovani ipertonici, nei vecchi obesi, nei grassi, anche in casi di paratifo lievissimo.

Di speciale interesse sono anche le affezioni del fegato e delle vie biliari, tanto più che è nota l'affinità dei bacilli paratifici per le vie biliari; da un leggero subittero, si può arrivare ad una vera colangite e ad una colecistite purulenta.

* * *

Da quanto si è detto, appare quanto sia multiforme il quadro clinico delle malattie paratifose estremamente variabile per cui il clinico non può sulla sola diagnosi di paratifo stabilire se la prognosi sia o non favorevole.

La *diagnosi differenziale* riguarda: 1) nella forma gastro-enteritica: dissenteria, colera, diarree da spirochete, da flagellati, enteriti da cocchi, malattie anche funzionali, dispepsie) e soprattutto le intossicazioni; 2) nei casi settici, si prenderanno in considerazione la tubercolosi miliare, il morbo di Bang, la febbre malarica ed, eventualmente, l'endocardite lenta.

In determinate forme, specialmente da paratifo A, si penserà alla malaria, alla febbre da pappataci od anche agli esantemi acuti. Sono anche da considerarsi le malattie dei singoli organi.

In complesso, se pure non si arriva a differenziare sempre i quadri clinici dati dai singoli germi, è possibile arrivare clinicamente alla diagnosi di paratifo. Per quanto riguarda la patogenesi, specialmente delle forme gastro-intestinali, non si possono ancora stabilire differenze fra infezione locale, invasiva ed intossicazione; in questo campo, la collaborazione del batteriologo col clinico potrà essere di notevole giovamento. *fil.*

FEGATO E VIE BILIARI.

Funzionalità epatica e aminoaciduria provocata.

(G. GHERARDINI e C. D'IGNAZIO. *Diagnostica e tecnica di Laboratorio*, 25 settembre 1932).

Sono note le difficoltà e le incognite contro le quali ancor oggi urta lo studio clinico della alterata funzionalità epatica. Invero la complessa e molteplice attività di questo organo, la quale si innesta in maniera più o meno intima e profonda con tutti gli aspetti conosciuti del ricambio, la possibilità di dissociazioni funzionali più o meno profonde, la probabile esistenza di fenomeni di compenso e di correlazione con altri organi, costituiscono le ragioni per le quali le risposte fornite dai saggi funzionali comunemente usati in clinica, sono spesso discordanti o insufficienti o addirittura negative. Poichè, purtroppo, solo in casi di lesioni gravi, sia anatomiche che funzionali, i dati desumibili dalla indagine clinica possono in modo certo accusare la sofferenza del viscere, mentre le piccole insufficienze, indubbiamente più importanti dal punto di vista clinico perchè in genere più utili agli effetti della diagnosi e della cura, sfuggono spesso ai mezzi d'indagine di cui disponiamo.

È noto sin dai primordi della fisiologia epatica come il fegato intervenga attivamente nell'ultimo metabolismo proteico, provvedendo non solo alla profonda e definitiva trasformazione delle principali scorie della molecola proteica, ma edificando altresì prodotti sintetici molteplici, dai più semplici ai più complessi, sulla cui importanza e sul cui intimo meccanismo di formazione molto vi è ancora da apprendere.

Si ammette che il materiale del quale l'organo si vale per tali azioni sintetiche sia costituito dagli aminoacidi che, durante la digestione, si formano in copia nel canale digerente a spese dei proteici, e che affluiscono al fegato attraverso il circolo portale.

Ora, appunto sulla conoscenza della sosta e delle modificazioni che gli aminoacidi subiscono nel fegato, sono basate alcune prove funzionali importanti, che peraltro non sfuggono alle critiche, cui sopra abbiamo fatto cenno.

Basandosi sul fatto della importanza prevalente della funzione epatica nel metabolismo degli aminoacidi, il Labbè e il Bith fondarono la loro prova della aminoaciduria provocata, che risponde al concetto teorico per cui fegati lesi nella loro integrità perdono parzialmente o totalmente la capacità di fissare e scindere gli aminoacidi secondo lo schema precedentemente detto.

In tali condizioni la somministrazione *per os* è seguita abitualmente da una eliminazione urinaria più o meno cospicua a seconda della maggiore o minore gravità del risentimento funzionale del fegato. L'amino aciduria provocata corrisponde in parte, dal punto di vista dottrinale, alla aminoaciduria spontanea che si osserva spesso nelle gravi malattie del fegato, e che deve appunto attribuirsi alla perdita, da parte del fegato stesso, del potere disaminante o aminopessico che gli è proprio. Gli studi sul significato e valore di questa prova funzionale sono numerosi e in generale favorevoli. Certo la funzione aminopessica del fegato non può essere considerata come un *quid* fisso e costante, ma va per lo meno ritenuta come risultante di azioni complesse nelle quali l'attività propria dell'organo interviene in misura varia a seconda delle mutevoli condizioni dell'organismo. È infatti opportuno ricordare come gli organi che intervengono nel ricambio degli aminoacidi sono molteplici non si può quindi esser sicuri che la risposta della prova della aminoaciduria sia esponente proprio ed esclusivo dello stato di funzionalità epatica. Ed ecco appunto insorgere la necessità di adottare tecniche di saggio che possano circoscrivere la loro azione unicamente alla valutazione di quelle funzioni che costituiscono proprietà esclusive del fegato. Ma come ottenere ciò?

Basandosi sui risultati delle ricerche di vari autori, i quali tenderebbero a dimostrare come l'adrenalina intervenga nel ricambio azotato e carboidratico eccitando ed intensificando quella fase del metabolismo intraepatico che coincide con la trasformazione dei proteidi (aminoacidi) e forse anche dei grassi in glicogene e glucosio, e come questa azione dell'adrenalina sulla funzione epatica possa ritenersi fondamentalmente diversa a seconda dello stato di integrità o di malattia dell'organo, gli AA. hanno tentato di sfruttare questa proprietà dell'adrenalina pensando che le modalità metaboliche susseguenti all'azione dell'ormone midollare si sarebbero mostrate diverse a seconda dello stato di integrità o meno dell'organo.

Hanno perciò studiato in 21 soggetti, di cui 11 sicuramente sani e 10 sicuramente ammalati di fegato, le oscillazioni dell'azoto formolato delle urine sotto l'influenza della iniezione endomuscolare di 1 cmc. di adrenalina. Essi hanno trovato un aumento dell'azoto amminico emesso con le urine nelle due ore successive alla iniezione nei soggetti sani ed una diminuzione nelle urine degli epatopazienti.

Dosaggi di controllo hanno permesso di stabilire che se si sottrae dall'azoto dosato col formolo la frazione dovuta all'ammoniaca, la diversità di comportamento fra i soggetti sani e quelli con fegato leso appare anche più netta.

Sono in corso esperienze intese a chiarire il

meccanismo fisiopatologico di questa prova funzionale; purtuttavia gli AA. pensano che i risultati finora conseguiti possano costituire base sufficiente per l'applicazione in clinica di questo saggio funzionale che è forse più pratico, fedele e specifico di molti altri sinora usati.

G. LA CAVA.

Sull'importanza del fegato nel ricambio materiale della colesterina.

(A. L. MJASSNIKOW. *Klin. Woch.*, n. 46, 12 nov. 1932).

Ricerche cliniche e sperimentali hanno messo in rilievo l'importanza del fegato non solo come organo escretore della colesterina, ma anche come organo in cui avviene la sintesi e l'esterificazione di essa ed hanno fatto intravedere rapporti importanti tra gli acidi biliari ed il ricambio colesterinico intermediario. L'ipercolesterinemia consecutiva alla legatura del coledoco nei cani ed all'ittero meccanico nell'uomo, l'aumento nei sani e non negli epatopazienti della colesterina nel sangue in seguito ad apporto di essa con l'alimentazione, la constatazione che la colesterina introdotta con l'alimentazione segue la via della vena porta per cui giunge al fegato e non la via linfatica, le osservazioni di D'Artom e Reichert che, facendo circolare nel fegato sopravvivente sangue defibrinato ed acido oleico, constatarono aumento della colesterina nel liquido di deflusso, confermate dalle ricerche di Leites, il quale con determinazione della colesterinemia nei vasi epatici afferenti ed efferenti constatò un aumento di essa nei secondi e tanto più cospicuo, quanto più elevato era il contenuto in sostanze grasse neutre o lecitina nei vasi afferenti; la constatazione d'ipocolesterinemia nell'epatiti acute, specie nelle forme gravi: tutte queste osservazioni provano in modo non dubbio l'importanza del fegato come organo in cui avviene la sintesi, il ricambio intermediario e l'eliminazione della colesterina. Non mancano d'altra parte però osservazioni che depongono in senso contrario, mentre non tutti sono d'accordo nell'interpretare i fatti sopracitati. Pertanto l'A. ha affrontato sperimentalmente la quistione, osservando la variazione della colesterinemia in intossicazioni sperimentali del tessuto epatico mediante fosforo e salvarsan, veleni che nell'uomo determinano ittero acuto.

In cani e conigli, avvelenati con olio fosforato, notò prima un'ipercolesterinemia e poi col progredire dell'avvelenamento e quindi delle lesioni epatiche il tasso colesterinemico si abbassò rapidamente; analogamente un cane trattato con neosalvarsan per 3 mesi e mezzo, nei primi 2 mesi stette bene, normali si conservarono la funzione epatica e la colesterinemia; coll'aumento però delle dosi di salvarsan comparvero segni di lesione epatica e la colesterinemia prima si elevò per poi abbassarsi a misura che si aggravava la lesione. Comparativamente l'A. ha messo in rilievo che nell'epatiti acute nell'uomo si nota ipocolesterinemia durante il periodo di maggiore gravità, ma coll'avviarsi della malattia a guarigione compare ipercolesterinemia. In ogni modo tanto nelle lesioni sperimentali del fegato, quanto nell'epatiti acute che si osservano nell'uomo l'ipercolesterinemia è indice di lesione epatica lieve, mentre l'ipocolesterinemia corrisponde al periodo di maggiore gravità di essa, il che mette in rilievo l'importanza del fegato come organo in cui avviene la sintesi della colesterina. Nè tale deduzione può essere infirmata dall'ipotesi che il fosforo ed il salvarsan agiscono anche su altri organi a funzione colesterinogenetica, in quanto il comportamento della colesterinemia è in esatto parallelismo con lo stato del parenchima epatico.

Per interpretare l'ipercolesterinemia osservata nel primo periodo dell'intossicazione sperimentale e nel periodo di regressione dell'epatite acuta nell'uomo si può ammettere, in via ipotetica, o un disturbo nell'escrezione che maschera la diminuita produzione o uno stadio di eccitazione, cioè un aumento della funzione colesterinogenetica del fegato.

L'A. in conclusione, dalle ricerche sul fegato sopravvivente, sul sangue della vena porta e delle vene sopraepatiche, sugli animali avvelenati con fosforo o salvarsan, nell'epatite acuta dell'uomo ottiene dati concordi per ammettere la grande importanza del fegato nella colesterinogenesi. Certamente esistono stati morbosi in cui si notano alterazioni della sintesi della colesterina senza che il fegato sia interessato, fatto che dimostra che anche altri organi partecipano nell'organismo a tale funzione e ciò trova la sua conferma sperimentale nelle ricerche di Thannhauser, ed altri, che osservarono ipercolesterinemia di grado lieve in cani epatectomizzati, il che d'altronde può essere anche spiegato dall'allontanamento dell'organo che elimina la colesterina dal sangue.

In clinica i fatti sopra esposti hanno grande importanza per l'indagine funzionale del fegato, in quanto negli epatici un'ipocolesterinemia indica una lesione grave del parenchima epatico, mentre un'ipercolesterinemia depone per una lesione epatica lieve o per un ittero da ritenzione o per una calcolosi biliare, ed infine una colesterinemia normale, per quanto di interpretazione talora difficile, può indicare che le influenze della lesione epatica sono state equilibrate da supplenza funzionale da parte di altri organi nella colesterinogenesi.

R. D'ALESSANDRO.

SISTEMA NERVOSO.

La commozione midollare.

(S. Caccuri. *Il Morgagni*, ottobre 1932, n. 41).

L'A. riassume le ultime vedute sulle commozioni midollari riferendosi sopratutto ai concetti svolti dal Lhermitte nel Congresso internazionale di neuropatologia tenutosi a Berna nell'agosto-settembre 1931.

Il capitolo delle commozioni midollari è molto importante, specie in tema di infortunistica, per le controversie che in questo campo si sollevano, poichè non sempre v'è rapporto fra intensità del trauma ed i disturbi che ne derivano. Altre volte poi si riferiscono ad un trauma pregresso lesioni dovute ad una malattia in atto del midollo, o non si tiene conto dei fattori estranei al traumatismo, quali l'alcoolismo, la lue, ecc., che possono influire sulla produzione della commozione.

In genere, la commozione midollare s'inizia con una sintomatologia imponente immediatamente dopo lo choc, la quale regredisce poi a poco a poco.

Il quadro clinico varia col segmento di midollo interessato.

Nella commozione cervicale a seconda della zona lesa il quadro può andare da una monoplegia brachiale ad una tetraplegia spastica. Vi sono però anche delle forme fruste caratterizzate da facile stanchezza con esagerazione dei riflessi tendinei agli arti inferiori, accenno al Babinski e dolori a tipo radicolare.

La commozione dorsale può dare una sindrome da sezione completa del midollo che per lo più regredisce lasciando una paraplegia spastica. Altre volte ne residua un quadro che ricorda la tabe spasmodica.

La commozione lombare è più rara delle precedenti; e dà luogo a una sintomatologia a carico degli arti inferiori che per lo più scompare poi completamente.

Nella commozione midollare predominano spesso i disturbi della sensibilità: anestesie o dolori. Questi hanno spesso distribuzione radicolare, e possono manifestarsi come scottature, scariche elettriche. In alcni casi si hanno dei fenomeni di eterestesia. I fenomeni dolorosi sono dovuti, secondo Lhermitte, ad alterazioni dei cordoni laterali.

In alcuni casi i primi sintomi insorgono molto tempo dopo il trauma, forse perchè la lesione lieve dei vasi a poco a poco porta alla ematomielia o alla trombosi. Lhermitte nega l'ipotesi di Foerster, il quale ammette che in alcuni casi si tratti di processi di aracnoidite cronica circoscritta, poichè allora si manifesterebbero subito dei fenomeni clinici.

Anche le forme amiotrofiche quando mancano lesioni apprezzabili del midollo sono spesso di difficile interpretazione. In alcuni casi l'amiotrofia resta limitata alla regione colpita, ma qualche volta essa assume un carattere progressivo che può condurre alla cachessia e alla morte, esiste sempre abolizione dei riflessi tendinei con conservazione dei riflessi cutanei e diminuzione della forza muscolare.

Nel campo infortunistico sarebbe importante di stabilire esattamente i rapporti che intercorrono fra malattie del midollo spinale in atto e un trauma midollare pregresso. Ma vi sono molte discordanze poichè solo alcuni autori ammettono che il trauma possa costituire un fattore coadiuvante nell'insorgenza della sclerosi a placche, della sclerosi laterale amiotrofica, della siringomielia e della mielite. La tabe post-traumatica è generalmente negata, poichè la lesione traumatica dei cordoni posteriori non significa ancora tabe.

L'aracnoidite localizzata post-traumatica è per contro piuttosto frequente. Essa ha spesso uno sviluppo tardivo e per i fenomeni proliferativi cui dà luogo, essa può provocare dei sintomi gravi di compressione midollare. La diagnosi di quest'affezione è importante, poichè è passibile di un trattamento chirurgico che determina sempre un miglioramento notevole, e qualche volta conduce a guarigione.

La patogenesi delle lesioni nelle commozioni midollari è spesso oscura, per l'assenza di alterazioni macroscopiche. Le alterazioni vasali generalmente ammesse non si possono neanche invocare quando mancano persino focolai microscopici di emorragia. Più plausibili sono i disturbi circolatori secondari al trauma che danneggiano la nutrizione degli elementi nervosi. D'altra parte si possono avere alterazioni primitive delle cellule e delle fibre nervose, o perchè il trauma dei corpi vertebrali e delle lamine si ripercuote sul midollo, o per brusco allungamento dell'asse midollare, o per l'improvviso aumento di pressione del liquor che viene spinto con violenza contro il midollo. Quando si possono escludere tutte queste cause si possono invocare modificazioni fisicochimiche post-traumatiche delle cellule e delle fibre nervose. Alcuni autori hanno pensato anche alla probabile produzione di neurotossine da parte delle cellule lese per spiegare le alterazioni che si possono riscontrare a distanza della zona lesa.

Circa le alterazioni anatomo-patologiche, frequenti sono i focolai emorragici che alcuni autori considerano non primitivi, ma secondari alla necrosi del parenchima nervoso. Nei focolai di necrosi si ha la scomparsa completa degli elementi nervosi, sostituiti da elementi nevroglici, e in alcuni casi si ha anche la distruzione delle cellule nevrogliche con formazione di cavità.

Queste diverse alterazioni possono regredire col tempo: i disturbi circolatori scompaiono

e la nutrizione delle cellule e delle fibre nervose ritorna alla norma In qualche caso si ha persino la rigenerazione degli elementi dei cordoni posteriori e relativa scomparsa dei disturbi.

In clinica si assiste spesso al ripristino delle varie funzioni, fino alla guarigione completa.

R. GARBINI.

Interventi sintomatici sul sistema nervoso, in particolare per combattere il dolore.

(O. FOERSTER. *Münch. Med. Wochenschr.*, n. 3, 1933).

Tutti gli interventi operativi sul sistema nervoso che mirano ad eliminare il dolore consistono nella interruzione, centralmente dal punto in cui agisce la causa dolorigena, delle vie nervose afferenti della parte del corpo sede del dolore. Si può fare questa interruzione in corrispondenza dei nervi periferici o dei plessi, delle radici spinali, o delle vie di conduzione sensitiva del midollo spinale.

A) Interruzione in corrispondenza dei nervi periferici o plessi.

Può essere temporanea oppure definitiva. La prima consiste nella infiltrazione dei tronchi nervosi con cocaina per ottenere una anestesia durante le operazioni. L'interruzione definitiva si ottiene per mezzo di iniezioni di alcool nel tronco nervoso, di congelamento del tronco con cloruro di etile, con la resezione o con la exeresi del nervo. In tutti i nervi misti l'interruzione della conduzione determina anche una paralisi dei muscoli corrispondenti alle fibre motorie; perciò essa si presta soprattutto nel caso dei nervi sensitivi cutanei, per i quali il metodo di elezione è quello della exeresi. Dopo uno degli altri metodi meno radicali di interruzione nervosa, si osserva spesso un ripristinarsi della conduzione e con questa una ripresa dei dolori. Anche usando i metodi più radicali, la resezione del tronco nervoso e l'exeresi, nel caso di nervi misti si sviluppano spesso nei neuromi dolorosissimi, quelli stessi che agli amputati fanno sentire dei violenti dolori nell'arto perduto. L'exeresi si usava specilamente nelle nevralgie del trigemino: essa è indicata nella nevralgia isolata del n. sopraorbitale; invece delle nevralgie dell'infraorbitale o del mandibolare sono da preferirsi l'infiltrazione del tronco con alcool in corrispondenza dei forami, oppure la esclusione del ganglio di Gasser. Le iniezioni di alcool possono recare grande sollievo, per mesi o anche per anni: esse rendono però più difficile l'operazione radicale, che infine diventa necessaria in molti casi, perchè l'alcool ha determinato aderenze ed iperemia cronica nelle vicinanze dei forami. Sono sconsigliabili l'iniezione di alcool nel ganglio stesso e così pure la estirpazione totale del ganglio. Gli interventi che danno risultati migliori sono la resezione subtotale delle radici e specialmente la estirpazione parziale del ganglio: si sezionano intracranicamente il secondo e il terzo ramo del trigemino, ai forami rotondo ed ovalare si escide la parte del ganglio corrispondente a questi rami, fino alle radici verso l'indietro. Si mantengono il primo ramo e la parte del ganglio ad esso corrispondente, ciò che ha il vantaggio di mantenere la sensibilità dell'occhio e di impedire quindi le ulcerazioni della cornea. Nella nevralgia del n. glossofaringeo i parossismi dolorosi colpiscono la tonsilla, il palato molle, la faringe e la base della lingua: i dolori cessano se si seziona il nervo per via intracranica, intradurale, al punto in cui esso esce dal sacco della dura. Il simpatico ed i suoi rami conducono i nervi sensitivi dei visceri, perciò si ricorre alla sezione del simpatico per combattere dolori viscerali. Buoni risultati dà specialmente la resezione del simpatico cervicale nell'angina pectoris. Buoni risultati si ottengono dalla resezione del simpatico nella malattia di Raynaud; gli effetti che si cercano di ottenere sono però non tanto la eliminazione del dolore quanto quella della vasocostrizione con le sue conseguenze.

B) Interventi in corrispondenza delle radici spinali.

Anche qui l'interruzione può essere temporanea o definitiva. Alla prima si ricorre nella anestesia lombare (perfezionata recentemente con la introduzione di aria nel sacco durale) e nella iniezione epidurale di cocaina (negli interventi sull'ano, nell'ultima fase del parto, nella sciatica ostinata, nella coccigodinia). La interruzione definitiva si ottiene per mezzo della sezione delle radici posteriori. Non tutte le fibre sensitive decorrono però nelle radici posteriori, anche quelle anteriori ne contengono: per abolire del tutto e in via defintiva il dolore, si dovrebbero quindi sezionare anche queste radici. Ciò per solito non è attuabile, perchè si determinerebbe una paralisi motoria: se si vuole abolire definitivamente il dolore, si associa perciò alla sezione delle radici posteriori, la resezione del tronco simpatico. Il dolore scompare come se si fossero sezionate le radici anteriori e posteriori insieme. Se la sede dei dolori è nell'arto superiore, si sezionano le radici posteriori dalla terza all'ottava cervicale, dalla prima alla quarta toracica, e si esporta tutto il tratto cervicale del simpatico, soprattutto il ganglio cervicale medio, e il ganglio stellato primo e secondo toracico; se la sede dei dolori è nell'arto inferiore, si sezionano le radici posteriori sacrali, lombari e toraciche inferiori e si asporta il tronco lombare del simpatico. La resezione isolata delle radici posteriori si deve limitare a quei soli casi, in cui la causa dolorigena agisce sulle radici stesse, come p. es. nelle lesioni traumatiche della coda equina.

C) Interventi sul midollo spinale.

La sezione del fascicolo antero-laterale del midollo è seguita da una analgesia crociata: il vantaggio di tale intervento consiste nel fatto che esso non determina nè paralisi nè atassia ed elimina solo le sensibilità termica e dolorifica, lasciando integre quella tattile, alla pressione, di movimento, il senso di spazio, ecc. La tecnica deve essere oltremodo accurata onde non uscire dall'area del detto fascicolo. In pratica però si è visto che solo una parte delle fibre afferenti dolorifiche decorrono nel fascicolo controlaterale, altre decorrono nel fascicolo dello stesso lato. La eliminazione del dolore si ottiene perciò soltanto con la sezione bilaterale: è un intervento che può essere eseguito anche in alto, nel midollo cervicale, in corrispondenza del secondo segmento, senza alcun danno per la funzione respiratoria. R. POLLITZER.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

G. NEUMANN, F. FLEISCHNER e G. BRECCIA. *La tubercolosi negli adulti.* Un vol. in-8° di 798 pag., con 221 fig. Unione tipografico-editrice, Torino, 1932.

L'eccellente trattato, che l'U.T.E.T. qui ci presenta in bella edizione, è diviso in tre parti.

Nella prima e nella seconda, abbiamo una buona traduzione della più recente edizione dell'opera di W. Neumann sulla clinica della tubercolosi nell'adulto, con l'appendice sulla diagnosi radiologica della tubercolosi polmonare dovuta a Fleischner.

Il Neumann illustra dapprima i metodi di ricerca, specialmente diffondendosi sui segni plessici ed ascoltatori, che descrive con precisione e chiarezza rilevando per ognuno il valore ed il significato.

Nella vasta sezione dedicata alle forme della tubercolosi polmonare, l'A. adotta essenzialmente lo schema di Ranke, occupandosi poi dei processi che in esso non rientrano, di quelli di natura pneumonica e di quelli a decorso acuto e sfavorevole e, da ultimo, delle forme larvate.

Di grande importanza, per una buona conoscenza del problema tubercolare è anche lo studio delle forme non tubercolari dell'apice polmonare, che vanno conosciute ed interpetrate a dovere se si vogliono evitare errori fatali al paziente. In questa trattazione, il Neumann mantiene un giusto equilibrio fra le tendenze antiche e quelle di alcuni moderni, equilibrio che può essere dato soltanto da una lunga pratica e da un buon senso clinico.

Buona è anche la parte dedicata alla diagnosi radiologica, in cui Fleischner, seguendo le direttive di Neumann, mostra col sussidio di numerose e belle radiografie, la corrispondenza di questo esame con quello clinico, dimostrando la notevole importanza ed anche le limitazioni di questo esame.

Ma per il medico pratico, questo trattato sarebbe incompleto mancandovi la parte terapeutica a cui il Neumann accenna appena in poche pagine occupandosi della sola tubercolina. Vi ha provveduto, dedicandovi quasi 300 pagine, il Prof. G. Breccia, di cui è ben noto il precedente volume sullo stesso argomento ormai esaurito ed un po' invecchiato.

L'A. considera i vari mezzi di cura: fisici, climatici, medicamentosi, opoterapici, antiinfettivi, precisando per ognuno i vantaggi, le indicazioni e le controindicazioni. Nel vasto capitolo dedicato alla collassoterapia, dà ampi particolari sulla tecnica e sulla condotta del pneumotorace e sulle altre forme di collassoterapia.

Descrive poi il modo pratico di condurre la cura nei singoli casi; la terapia sanatoriale e domestica, la cura delle funzioni e delle sindromi cliniche, delle complicazioni, delle forme extrapolmonari, il tutto con la precisa conoscenza del malato e con il senso pratico che distinguono tale autore.

Il trattato si presenta quindi completo e pienamente utilizzabile per lo studio come per la rapida consultazione. *fil.*

ISTITUTO DI TISIOLOGIA O. P. POLIAMBULANZA. GIUSEPPE RONZONI. MILANO. *Studi clinici e sociali di tisiologia.* Vol. 2° e vol. 3°, di p. 219 e 296 34, con figure. Milano, 1932. (Tip. L. Reali).

Il 1° volume di questa raccolta, curata dal prof. G. Ronzoni, venne presentato alla 5ª Conferenza dell'Unione internazionale contro la tubercolosi, adunatasi a Washington nel 1926; il 2° volume lo è stato alla 7ª Conferenza, tenutasi ad Oslo nel 1932; il 3° è stato pubblicato in memoria di Carlo Forlanini.

I due volumi di recente pubblicazione contengono una serie di studi pregevolissimi (in numero di 15 e 16 rispettivamente), i quali concernono i principali problemi della tisiologia, con speciale riguardo a quelli di maggiore attualità: dall'infiltrato di Assmann alle valutazioni prognostiche, dall'ultra-virus al vaccino Calmette, dall'elioterapia all'alcoolizzazione dei nervi intercostali, dall'assistenza sanatoriale e dispensariale a quella domiciliare, ecc.

I perfezionandi e gli specializzati attingeranno molte utili nozioni, sicure e precise, nei due volumi. A. P.

Lezioni sulla tubercolosi. Un vol. in-8° di 286 pagg. con fig. Coop. poligrafica operai, Milano, 1931.

Il Consorzio provinciale antitubercolare di Milano ha avuto la felice iniziativa di far te-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

nere un corso di lezioni sulla tubercolosi per i medici condotti. Tali lezioni furono molto frequentate e la loro eco si sparge ora con questa bella pubblicazione, che le riunisce. Esse si iniziano col tema: *Tubercolosi e gravidanza* (E. Alfieri), a cui segue quello della *Clinica pediatrica della tubercolosi* (P. Brusa). Vengono poi trattate: *La cura del pneumotorace* (U. Carpi); *Il rapporto della tubercolosi con le professioni* (L. Devoto); *L'anatomia patologica* (A. Pepere); *L'indagine radiologica* (F. Perussia); *La profilassi* (E. Ronzani), ecc. Ognuna delle dodici conferenze è stata affidata a chi aveva speciale competenza sull'argomento da trattarsi, sicchè questo libro costituisce oggi una veduta d'insieme bene aggiornata sulle più importanti questioni riguardanti la tubercolosi. *fil.*

J. VAN BENEDEN. *Recherches sur l'infection, l'hypersensibilité et l'immunité vis-à-vis des formes virulentes ou atténuées du virus tuberculeux.* Un vol. in-8° di p. 136 con 14 fig. Edit. Masson & C.ie, Parigi, 1932. Prezzo frs. 25.

L'A. ci offre le nozioni odierne sull'ultravirus tubercolare e sul vaccino attenuato di Calmette, in rapporto con i fenomeni d'immunità antitubercolare, ereditaria od acquisita, e di ipersensibilità locale e generale alle tubercoline.

Egli era qualificato per uno studio del genere, dacchè fu tra i primi a verificare sperimentalmente le lesioni caratteristiche prodotte dal virus filtrabile e ad accertare il passaggio transplacenta del virus; e in quanto egli ha istituito il primo centro di preparazione del BCG. per il Belgio e il Lussemburgo e ha indagato non soltanto l'azione premunitrice di questo vaccino, ma anche le sue caratteristiche, il meccanismo dell'ipersensibilità indotta e il compito dell'eliminazione bacillare per le vie epatiche.

L'A. fa la parte che compete, in questo campo, agli studiosi italiani: Sanarelli e Alessandrini, Ninni, De Sanctis Monaldi, Seppilli e Ravasini, Verdina, ecc.

Il lavoro è corredato di buona bibliografia. L. V.

A. ARCELLI. *Il problema tubercolare in un centro rurale.* Un vol. in-8° gr. di p. XI-75 con numerose tavole. Siena, Tipografia Combattenti, 1932.

L'A. ha eseguito uno studio diligentissimo sulla tubercolosi nel comune di Asciano (Siena), limitandolo al capoluogo (3000 abitanti) e alla campagna viciniore (2000 abitanti). Ha preso in esame l'ambiente geofisico e sociale; ha compiuto il rilievo della mortalità e della morbosità da tubercolosi; ha valutato i danni sociali presumibili recati; ha analizzato i fattori più probabili di diffusione della tubercolosi; ha proposto i rimedi che stima efficaci, tra cui la cartella biografica, la propaganda igienica, la sorveglianza (affidata al medico condotto, all'ufficiale sanitario, al dispensario, al medico scolastico dove esiste). Il lavoro è presentato da A. Ilvento. P.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia delle Scienze Medico-Chirurgiche di Napoli.

Seduta del 3 dicembre 1932.

Presidente: Prof. G. BOERI.

Il meccanismo del parossismo epilettico studiato al lume di conoscenze elettrobiopatologiche.

A. ROMANO. — L'O. espone alcune sue personali vedute sull'argomento, in base alle quali egli pensa che il parossismo epilettico, anzichè un fenomeno nervoso, debba esser considerato come un fenomeno muscolare, per quanto i centri nervosi e le vie di conduzione vi abbiano una parte cospicua.

G. JAPPELLI, MARFORI, ZAGARI, PACE, avanzano delle riserve di natura fisiopatologica, farmacologica e clinica.

Ricerche biologiche sui vasi isolati.

A. LUISADA. — L'O. dopo aver eseguito uno studio accurato delle correnti di natura fisica che possono prodursi in apparati di perfusione, ha ideato un apparato metallico idoneo ad escludere, per quanto è possibile, tali correnti. Con esso ha studiato i fenomeni elettrici che si producono in arterie e vene isolate, sia spontaneamente, sia quando esse siano sottoposte a ritmiche interruzioni di flusso.

Dopo aver descritto complessi elettrici dati spontaneamente dai vasi isolati (importanti tra questi quelli delle vene), l'O. descrive delle lente ondulazioni elettriche, che accompagnano le variazioni di forma della parete e che sono date dalle arterie e dalle vene. Nel caso delle arterie, su queste ondulazioni si impiantano complessi polifasici rapidi, all'inizio della dilatazione e all'inizio della retrazione.

A seguito di esperimenti farmacologici e di prove di uccisione, l'O. dimostra che si tratta di correnti biologiche: le ondulazioni lente sembrano delle « correnti toniche », le onde rapide delle « correnti di azione ».

L'O. ha svolto tutte le sue ricerche allo scopo di dimostrare la natura biologica di queste correnti, ritiene quindi che lo studio fisiologico e farmacologico di esse sia sin da ora possibile, data la dimostrazione ottenuta.

Ricerche biologiche sulle arterie di animali viventi.

A. LUISADA. — L'O., partendo da precedenti rilievi sulle arterie isolate, cerca di vedere se le deduzioni allora tratte siano applicabili alle arterie normalmente pulsanti. Perciò, dopo una serie di ricerche preliminari, ricorre ad un particolare dispositivo che si basa sull'innesto di un monco-

ne di arteria in un'altra arteria vivente. Con dettagli di tecnica descritti in questa comunicazione, l'O. registra l'elettrogramma dato dal moncone innestato e constata che ogni fenomeno elettrico scompare completamente dopo coagulazione ad alta temperatura.

Conclude quindi affermando che il sangue non dà correnti di natura fisica apprezzabili nello scorrere entro l'arteria e che secondo ogni probabilità tutti i fenomeni elettrici dati da un'arteria vivente sono di natura biologica. Fa quindi alcune riserve circa l'estensione e l'applicazione pratica di queste ricerche.

Società Medico-Chirurgica Veneziana.

Seduta del 20 gennaio 1933.

Presidenza: Prof. G. B. FIOCCO.

Prof. F. DELITALA. — *Grave deformità da frattura di gamba.*

Contributo allo studio della migrazione transplacentare del bacillo di Koch.

Dott. A. AGUECI. — L'O. ha inoculato per via peritoneale in alcune cavie liquido amniotico e in altre materiale di macerazione degli organi fetali, prelevando il materiale da 11 gravide tubercolose e per tale affezione isterectomizzate. Di 39 animali trattati uno presentò una iperplasia linfoglandolare diffusa aspecifica, uno morì per broncopolmonite, un terzo presentò tubercolosi delle linfoghiandole mediastiniche con integrità degli altri apparati, un quarto morì per tbc. miliare secondaria a lesioni specifiche delle ghiandole meseraiche. Questo negli animali trattati con liquido amniotico; di quelli inoculati con estratti di organi fetali uno solo morì con una minutissima granulia diffusa a tutto il sistema linfatico dovuta al materiale proteico eterogeneo. Gli altri sono viventi e in osservazione. I reperti necroscopici furono controllati con esame istologico e nei casi positivi il microscopio rivelò il B. di Koch. L'O. conclude discutendo il probabile meccanismo di passaggio del B. di Koch attraverso la placenta, la quale non presentò nei casi studiati mai lesioni tubercolari.

Dott. C. DIAMANTI. — *Considerazioni su 215 pneumotoraci artificiali.*

Dott. G. MOCCIA. — *Resezione del ginocchio e fissazione mediante innesti rotulei ad intarsio autogeni e peduncolati.*

Un caso di discondroplasia prevalentemente unilaterale.

Dott. I. CEBBA. — L'O. ha studiato clinicamente, radiologicamente e istologicamente un caso di discondroplasia prevalentemente unilaterale in un bambino di 9 anni, che nella tibia, nel femore e nell'ala iliaca presentava un quadro radiologico che si avvicinava alla forma di osteodistrofia cistica di Recklinghausen, mentre nelle ossa corte predominavano segni tipici per la discondroplasia. L'esame istologico metteva in evidenza un processo di ampliamento lento degli osteoplasti che si fondono tra loro fino a formare ampie lacune e cavità, di volume sempre crescente. Accennate brevemente le due principali ipotesi per spiegare l'etiopatogenesi delle due malattie (origine nervosa vasomotoria, origine embrionaria) l'O. riconosce l'oscurità che ancora regna nel campo delle osteodistrofie giovanili.

Dermatitis nodularis necroticans degli arti.

Prof. G. B. FIOCCO. — L'O. discutendo il caso clinico conclude che la forma si distingue e dalla flebite nodosa da varici e dalle tuberculidi, dagli eritmi di Bazin, ecc.

Definisce la malattia quale flebite e periflebite nodosa di origine streptococcica sanguigna, probabilmente dovuta ad infezione partita dall'anello del Waldeyer.

Il Segretario: Dott. A. VANNI.

Società Medico-Chirurgica Calabrese.

Sedute dell'11 dicembre 1932 e 22 gennaio 1933.

Presidente: Prof. ROCCO CAMINITI.

Sindrome epato-gastrica da cisti da echinococco del fegato rottasi attraverso lo stomaco.

Dott. N. SCIARRONE. — L'O. riferisce un caso di cisti da echinococco del fegato con sindrome eminentemente epato-gastrica, che lo mascherava completamente. Nella successiva evoluzione si è verificata la rottura della cisti attraverso lo stomaco con gravi fenomeni di choc per l''ammalata, suppurazione della sacca e fatti d'infezione generale. Praticato l'intervento dal prof. Caminiti si raggiunse la cisti anteriormente per via trans-pleurica, previa resezione costale e si vuotò il contenuto asportandone la membrana idatigena. L'O. mette in rilievo che la possibilità che certi casi di cisti da echinococco dolorose della regione epatica simulino forme di gastralgia o di colica epatica e richiama l'attenzione su tale evenienza, rilevando l'importanza dell'esame obbiettivo del fegato in presenza di sindromi riferibili a tale organo.

Funzione tonsillare e terapia chirurgica delle tonsille palatine.

Prof. G. SALVADORI. — L'O., dopo aver passato in rapida rassegna le più moderne vedute sulla fisiologia delle tonsille palatine, riafferma il concetto oggi predominante, secondo il quale esse, in condizioni fisiologiche, rappresentano organi utili all'economia dell'organismo, sia per una funzione ematopoietica come per una funzione di difesa di fronte alle cause morbose esterne. Quando però esse divengono sede di processi patologici (come la notevole ipertrofia costituzionale e l'ipertrofia infiammatoria) per i quali da organi utili possono trasformarsi in organi dannosi, non deve destare alcun timore l'intervento chirurgico per la loro asportazione, dimostrando ampiamente l'esperienza clinica e le ricerche scientifiche che la loro mancanza viene generosamente compensata da numerosi altri organi a funzione analoga.

Contributo alla patogenesi dell'ernia epigastrica.

Dott. V. ALBERTI. — L'O. riferisce la constatazione anatomica del legamento *teres* nel contenuto di un'ernia epigastrica operata nel sanatorio del prof. Caminiti. Il reperto fu confermato dall'esame anatomico del pezzo asportato e da quello istologico che misero in evidenza un aspetto ben conservato dei vasi ombelicali, che invece avrebbero dovuto presentarsi obliterati e sclerotici. Tale constatazione induce ad assegnare una indubbia importanza nel determinismo patogenetico del caso in esame al legamento *teres*, che, d'altronde, essendo ospite abituale della regione, può ovviamente in-

fluire sulla patogenesi di tutte le ernie di questa sede. Come altresì è importante tener presente tale evenienza per un adeguato trattamento operatorio nella cura e per l'interpretazione diagnostica di alcuni disturbi o postumi che altrimenti rimarrebbero oscuri od inspiegabili.

Moderne conquiste e nuovi orizzonti nello studio medico del clima.

Dottori ZACH e SCARINCI. — Gli OO. passano in rapida rassegna i problemi di climatologia di maggiore attualità e che più da vicino devono interessare l'igienista ed il medico in genere. Propongono una nuova classificazione dei diversi climi con dati numerici del potere refrigerante dell'aria; portano il risultato di ricerche personali nell'ambito della bioclimatologia ed illustrano più ampiamente il concetto di Linke sul fattore d'intorbidamento; auspicando una più stretta collaborazione fra meteorologi puri e medici, rilevano l'importanza del prossimo I Congresso Internazionale di Climatologia medica che si terrà a Parigi nell'anno corrente.

Dott. R. BELLANTONI. — *Su di un cilindro di cera nel canale uretrale.*

Prof. R. CAMINITI. — *Una nuova pinza per le operazioni sul rene.*

Di un particolare diagnostico nei tumori del pancreas in determinate condizioni.

Prof. R. CAMINITI. — Sono note le difficoltà che s'incontrano nella diagnostica dei tumori del pancreas, organo situato profondamente nella cavità addominale e ricoperto da organi estesi e taluni molto spessi, in modo che solo quando questi tumori abbiano raggiunto proporzioni vistose, la loro diagnosi di sede si chiarisce relativamente bene con indagini molto accurate. Ma prima che le tumefazioni del pancreas abbiano raggiunto questi volumi la diagnosi è sempre dubbia ed oscura. L'O. ritiene che nei casi appunto in cui la tumefazione del pancreas sia di volume modico come per es. quello di un cedro o di una sfera che abbia 10-12 cm. di diametro o poco meno di una testa di feto a termine, sia da tener conto di una particolarità diagnostica rilevabile con una facile osservazione. Osservando cioè il malato sdraiato sul letto, con l'addome rilasciato e le gambe rialzate, si percepisce il tumore o al disopra della piccola curvatura dello stomaco in casi speciali, o attraverso lo stomaco, ma sempre profondamente; e se ne possono in certo qual modo percepire grossolanamente i confini, la fissità e la consistenza; ma facendo alzare l'infermo all'impiedi il tumore non si ritrova affatto, anche se si usasse la manovra di far piegare fortemente il tronco dell'infermo in avanti; laddove nella posizione eretta, se il tumore è dello stomaco, si riesce in qualche modo a rintracciarlo, magari affondando fortemente le dita. Meglio ancora se il tumore del volume predetto è del colon trasverso, dell'omento, della cistifellea, del lobo sinistro del fegato.

Contributo alla patogenesi delle enterorragie negli strozzamenti erniari.

Prof. R. CAMINITI. — L'evento per fortuna è assai raro ed è caratterizzato da profuse emorragie, che dopo strozzamenti erniari avvengono nei primi giorni dopo l'intervento operativo. Per lo più si tratta di ernie antiche, voluminose, che furono sede di ripetuti intasamenti e di ripetute manovre di taxis e che presentavano all'atto operativo ispessimento e sclerosi del mesenterio erniato ed in corrispondente tratto d'intestino con pareti ipertrofiche quasi irrigidite, tubulari con aderenze tra esse; ed il più spesso si tratta d'individui di età matura od avanzata. Per tale evento si è detto che la patogenesi e la prognosi siano diverse in quei malati in cui la enterorragia avvenga nelle prime 24 ore ed in quelli in cui avvenga dal sesto giorno in poi, cioè enterorragia recente e tardiva.

L'O. ritiene invece che il detto criterio clinico non abbia fondamento e che il criterio che debba servire di base sia quello delle alterazioni anatomo-patologiche; ritiene che, in ogni caso, identica sia la patogenesi e che si differisca solo di gradi. La sintomatologia e lo evento sono dovuti alla sclerosi della porzione di mesentere e di quei vasi che sono in essa contenuti, dallo ispessimento e relativa rigidità della dipendente porzione d'intestino da lungo tempo erniato, deformato e coartato da aderenze, che è andato incontro a frequenti intasamenti e che ha subito ripetute manovre di taxis. Da queste alterazioni sclerotiche e dei vasi che dopo l'operazione continuano ad evolversi nello addome avvengono le profonde alterazioni dei tessuti, specie delle tuniche intestinali, fino al disfacimento con conseguenti enterorragie, talvolta lievi e domabili, più spesso infrenabili e funeste. Una prova di ciò si ha nella fenomenologia clinica ed anatomo-patologica nella trombosi delle meseraiche.

Il Segretario: Prof. U. TROPEA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

OSPEDALE CIVILE DI CESENATICO (FORLÌ).

Placenta accreta abbandonata in utero cesarizzato. Ritorno progressivo di questo allo stato normale senza alcuna complicanza (riassorbimento o autodigestione uterina della placenta?) (*)

Prof. E. CAPECCHI, chirurgo prim. e direttore.

La rarità e forse l'unicità del caso che mi permetto di segnalare riguarda il comportamento clinico di una placenta fortemente accreta di un feto a termine, abbandonata nell'utero per opportunità tecniche e per ragioni di alto interesse per la salvezza della madre.

Il caso si riferisce a certa Toni T. in Ricchi di Pietro, di anni 25, di Sala, la quale nulla presenta di importante nel suo gentilizio. Mestruata a 14 anni, le sue mestruazioni furono sempre regolari per qualità e quantità. Non è luetica. Maritata con uomo sano, è stata relativamente sempre bene fino al novembre del 1929, epoca in cui, essendo per la prima volta gravida al sesto mese, cominciò a soffrire di cefalea e di leggeri edemi agli arti inferiori, fenomeni questi cui non dette alcuna importanza.

Se non che, alle otto del mattino del 21 dicembre fu colta improvvisamente da un accesso convulsivo, seguìto da uno stato di incoscienza, che si dileguò dopo breve tempo per riprodursi in seguito al ripetersi delle convulsioni. Il medico chiamato dopo il secondo accesso per consiglio della levatrice praticò alcune cure del caso.

Le convulsioni continuarono per tutta la giornata. Quando la sera, circa le ore 19, io vidi la malata, essa si trovava in istato comatoso. Giaceva completamente inerte ed incosciente; il respiro aveva russante e stertoroso, e perchè non si mordesse la lingua i familiari avevano provveduto ad applicare ad un angolo della bocca, fra le due arcate dentarie, un pezzo di legno rotondo. In quelle condizioni non era certo possibile procedere ad un esame clinico minuto. Un'osservazione anche superficiale ed affrettata induceva a riconoscere facilmente che era gravida dai sette agli otto mesi con feto vivo, in situazione longitudinale con estremo cefalico in alto e mobile allo stretto superiore.

La temperatura era di 38°,5 all'ascella; il polso molto frequente fino a raggiungere le 160 battute al minuto.

Date queste condizioni consigliai l'immediato ricovero della malata in ospedale.

Appena entrata fu praticato un cateterismo vescicale il quale dette esito ad alcuni cmc. di urina che esaminati rivelarono la presenza di una forte quantità di albumina e nel sedimento globuli bianchi e molti cilindri jalini e granulosi.

La pressione sanguigna, misurata col Riva-Rocci, dava una massima di 180 ed una minima di 90.

Le convulsioni ripetutesi in ospedale avevano un carattere generalizzato tipicamente tonico-clonico. Il quadro offerto dalla malata era tale che la diagnosi non presentava alcuna difficoltà. Lo stato di primiparità, il carattere degli accessi convulsivi, il contenuto di albumina nelle urine, la pressione sanguigna elevata erano elementi tali che permettevano di formulare in modo sicuro la diagnosi di eclampsia puerperale.

Tanto dalla ispezione quanto dalla palpazione dell'addome non era possibile rilevare l'esistenza di contrazioni uterine; ciò che del resto veniva subito confermato dall'esame interno per mezzo del quale era facile constatare che il collo dell'utero era di forma e di dimensioni normali e il collo uterino in condizioni tali da permettere soltanto il passaggio del comune isterometro.

Convinto che l'eclampsia sia intimamente legata allo stato di gravidanza e prodotta proprio da veleni ovulari e che l'unica cura veramente razionale sia lo svuotamento dell'utero, mi decisi per l'intervento.

Dato lo stato eclamptico e data la possibilità del pericolo non piccolo di produrre facili e gravi lacerazioni se avessi nel caso particolare ricorso alla dilatazione strumentale del collo per estrarre il feto dalla via vaginale, scartato il taglio cesareo vaginale per evidenti ragioni di praticità, preferii intervenire per via laparatomica, cioè per il taglio cesareo addominale che ritenni più corrispondente alle esigenze della mia malata. Battendo questa via io mettevo in pratica quella che è la vera terapia causale dell'eclampsia, cioè lo svuotamento in breve tempo dell'utero con un trauma relativamente lieve. E così feci.

In anestesia eterea, praticai il taglio cesareo intraperitoneale con incisione trasversale sul fondo.

La malata lasciò l'ospedale dopo 20 giorni di degenza completamente ristabilita e con reni perfettamente funzionanti.

Essa stette ancora bene dal gennaio 1929 al dicembre del 1931, epoca in cui, trovandosi al termine di una seconda gravidanza, e presentando alcuni fenomeni a caratteri subnormali, per consiglio del medico ed anche per i precedenti assai scottanti, la donna fu ricoverata nuovamente in ospedale.

I fenomeni cui ho accennato erano rappresentati da piccole metrorragie sorte negli ultimi mesi di gravidanza, a distanze intercalari di una ventina di giorni all'incirca, da lievi dolori uterini e dalla sensazione, avuta alcuni giorni prima della sue entrata in ospedale, della cessazione dei movimenti fetali che antecedentemente essa aveva sempre e chiaramente percepito, e da un dimagramento notevole in quanto aveva perduto in peso una diecina di chilogrammi.

In ospedale la donna entrò l'8 marzo 1932, quando cioè, secondo i suoi calcoli, erano passati una quindicina di giorni da quando avrebbe dovuto partorire e da quando aveva cominciato a non percepire più i movimenti del feto.

(*) Comunicazione, con presentazione del caso, fatta alla Società Medico-Chirurgica della Romagna nella seduta tenuta in Forlì il 4 dicembre 1932 - XI.

Obbiettivamente, la donna presentava tutti i sintomi di una gravidanza già a termine eccettuati i reperti ascoltatori sulla vitalità del feto che erano negativi.

Al terzo giorno di degenza, non preceduta nè accompagnata da alcuna contrazione nè da alcuna sensazione dolorosa, avvenne la rottura della borsa delle acque. Lo scolo del liquido continuò a stillicidio per quasi tre giorni senza che mai intervenissero dolori o contrazioni. L'esame genitale, praticato quotidianamente, metteva in evidenza un collo dell'utero di forma e dimensioni da nullipara, solo leggermente rammollito e completamente chiuso.

In terza giornata dalla rottura del sacco la p. ebbe un rialzo termico di 38°. Il giorno successivo, nel pomeriggio, preceduta da intenso brivido di freddo, la temperatura salì a 40°,2, il polso si fece frequente (140) e l'aspetto assunse un certo grado di sofferenza. Con la palpazione l'utero si presentava nelle medesime condizioni nelle quali si trovava quando si iniziò lo scolo delle acque, cioè incapace di contrarsi e con collo integro e chiuso come allo stato normale. Attraverso i fornici si percepiva la testa fetale mobile allo stretto superiore.

Al mattino successivo, quando nulla vi era ancora di modificato nella obbiettività già riscontrata nella donna il giorno precedente e la febbre si manteneva ancora elevata (39°,2), pensando di essere di fronte non ad un caso banale di febbre in travaglio, ma ad un caso di vera e propria sepsi intra-partum, data la gravità della situazione, decisi di intervenire per via addominale con l'intendimento di procedere ad un'isterectomia sub-totale precesarea che, data la certezza dell'avvenuto inquinamento della cavità uterina e considerati i precedenti della malata, ritenevo in quel momento l'intervento meno pericoloso e più razionale.

Se non che, quando, in anestesia eterea, escissa la vecchia cicatrice ombelico-pubica, mi accinsi ad incidere con cautela l'aponevrosi, caddi in piena cavità uterina. L'intima adesione della parete addominale all'utero e la loro sottigliezza, conseguenza del pregresso intervento, congiunta alla tensione cui erano sottoposti i tessuti dalla testa fetale, avevano permesso facilmente al tagliente di incidere, contemporaneamente all'aponevrosi, anche la parete dell'utero.

L'incisione accidentale del corpo uterino, avvenuta fortunatamente fuori della grande sierosa, cambiava d'emblée la strada che intendevo battere poichè l'intervento da demolitore e di una certa entità diventava conservatore ed assai facile consentendo di fare un taglio cesareo conservatore extra-peritoneale. Ciò che fu fatto agevolmente prolungando in basso il taglio al fine di permettere la fuoriuscita della testa del feto.

Il feto era in istato di avanzata macerazione e il liquido amniotico di odore fetidissimo. L'interno della cavità uterina e specialmente la superficie libera della placenta, normalmente inserta, presentavano un aspetto tipicamente lardaceo.

Legato il funicolo, non fu possibile in alcuna maniera estrarre la placenta. In nessun punto della sua inserzione fu possibile trovare un piano di clivaggio che ne permettesse il distacco. La placenta era invincibilmente adesa all'utero e questo, specie nel fare forti trazioni sul funicolo, appariva come un blocco fisso alle parti che lo contenevano.

Vista la impossibilità assoluta di portar via la placenta, non feci altro che lasciare tutto aperto riempendo di garza la cavità uterina.

La malata stette subito meglio e la temperatura cominciò a diminuire fino a scomparire del tutto in quinta giornata.

Nessun incidente si verificò dopo l'intervento; neppure una goccia di sangue venne fuori dalla cavità dell'utero.

Passati due giorni dall'operazione, persuaso che una placenta non potesse rimanere per molto tempo nell'utero senza darne gravi conseguenze, mi accinsi nuovamente al tentativo di estrarla; ma il nuovo tentativo, benchè diligente e laborioso, fu vano. Dirò, anzi, che ad un certo punto esso dovette essere interrotto perchè col dito avevo perforato l'utero ed un'ansa intestinale si era introdotta nella cavità uterina. Un movimento di trazione della matrice fatto sul funicolo bastò a far rientrare immediatamente l'ansa nel peritoneo. Dopo di ciò ritenni prudente non insistere nelle manovre di distacco e zaffai di nuovo stipatamente l'utero.

La donna non risentì nulla di questo nuovo intervento e neppure ebbe il benchè minimo disturbo per l'avvenuta perforazione uterina.

Dopo tre giorni fu rimosso il drenaggio il quale da principio fu cambiato tutti i giorni e poi a giorni alterni.

Mai si verificò alcuna perdita di sangue; mai vennero eliminate parti del tessuto placentare. Via via che si riduceva la cavità drenata anche il globo uterino naturalmente diminuiva.

Alla fine di maggio, quando la donna uscì dall'ospedale, essa era completamente ristabilita. Aveva ripreso le sue funzioni mestruali e l'utero era ritornato di forma e di dimensioni normali. Anche la fistola addominale dopo una ventina di girni era chiusa definitivamente.

Il caso descritto, molto probabilmente, è unico nella letteratura. Io ho fatto personalmente ed ho anche fatto fare ricerche bibliografiche onde rintracciarne una copia anche approssimativa, ma non vi sono riuscito. Mi sono rivolto pure a due Cliniche nostre delle più importanti per sapere se in esse si fosse verificato o fossero venuti a conoscenza di casi simili al mio, ma l'esito è stato negativo. I rispettivi Direttori mi hanno assicurato di non aver mai constatato casi del genere, non solo, ma di non risultar loro che altri ne abbiano riferito.

Ritengo che sulla condotta ostetrica da me tenuta nei confronti della malata poco ci sia da dire. Gli illustri interpellati l'hanno ritenuta logica. Del resto il risultato ottenuto potrebbe *a priori* smentire qualunque eventuale obbiezione.

Malgrado la mancanza dell'esame istologico non credo si possa mettere in dubbio che siasi trattato di una placenta accreta, reperto indubbiamente interessante e non comune, ma d'al-

tronde già abbastanza conosciuto per essere messo nuovamente in discussione.

È ormai acquisito che la spinta principale per la insorgenza di una placenta accreta deve ricercarsi in patologiche alterazioni della mucosa uterina, siano queste costituite da cicatrici o da lesioni infiammatorie o da atrofia congenita della mucosa. L'accretismo quindi della placenta nel caso surriferito può essere imputabile o al vecchio trauma operatorio (cicatrice trasversale sul fondo) o da lesioni dell'endometrio intervenute dopo la morte del feto, avvenuta una ventina di giorni almeno prima dell'intervento.

Giudicata sotto questo aspetto la mia osservazione non presenterebbe alcuna speciale importanza. Ciò che la rende veramente eccezionale e degna di essere conosciuta è il fatto cui ho accennato prima di aver dovuto, per le ragioni già dette nella storia, abbandonare nell'utero la placenta e di aver assistito, senza il succedersi di complicanze, e con grande sorpresa dei medici che mi hanno assistito, al lento riassorbimento di essa e al ritorno dell'utero a condizioni apparentemente normali.

Casi rari, eccezionali anzi, sono stati descritti nella letteratura, così mi disse l'illustre prof. Ferroni della Clinica Ostetrico-Ginecologica di Firenze, ma essi riguardano gravidanze ectopiche addominali in cui l'operatore fu costretto ad un simile procedimento onde evitare il rischio di distaccare dall'intestino un tessuto fortemente adeso e riccamente vascolarizzato come la placenta. All'infuori di queste rarissime evenienze, la placenta, anche se aderente, anche se accreta o increta, è stato possibile sempre, dai vari operatori, asportarla, magari asportando l'organo che la conteneva.

Io non potei asportare l'organo come avrei dovuto, non potei cioè fare un'isterectomia, come prima mi ero prefisso, poichè in tal modo avrei messo a serio rischio la vita della madre. Con l'utero aperto e drenato pensai che almeno sul momento la madre sarebbe stata salvata e che eventuali complicanze successive sarebbero state riparate.

Fortuna volle che il caso avesse un decorso insperato e veramente ideale.

Come spiegare la scomparsa di questa placenta rimasta in tal modo aderente e mai eliminata col liquame purulento venuto fuori col drenaggio della cavità uterina?

Confesso che trovo difficile una spiegazione esauriente. Probabilmente, o ne è avvenuto un riassorbimento spontaneo, come suole avvenire di un qualunque tessuto estraneo all'organismo anche se innestato, oppure le pareti dell'utero lo hanno potuto a poco a poco distruggere con un potere istolitico a noi ignoto.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di placenta fortemente accreta abbandonata per opportunità tecniche e per ragioni di alto interesse materno in utero cesarizzato per via addominale. Malgrado la permanenza della placenta l'utero ritornò progressivamente allo stato normale senza alcuna complicanza e senza residuo di alcuna fistolizzazione. Riassorbimento o autodigestione uterina della placenta?

ARGOMENTI D'ATTUALITÀ

L'influenza nel lattante.

P. Lereboullet (*Gazette d. Hôpitaux*, n. 9, 1933) rileva che nel lattante l'influenza presenta lo stesso polimorfismo che nell'adulto. Nei piccoli lattanti deboli in ambiente grippale si osservano spesso casi di cianosi e apnea. Nel 1932 si sono osservati molti casi di grippe a tipo respiratorio e a tipo coleriforme. Le forme a tipo respiratorio erano talvolta benigne, altre volte gravissime. Nelle forme benigne i lattanti presentavano dispnea e cianosi, febbre assente o scarsa, espettorazione schiumosa, stato generale poco compromesso, rantoli fini sottocrepitanti, specialmente alle basi. Anche nelle forme gravissime può mancare la febbre: sono particolarmente accentuate la tendenza emorragica ed edematosa. Si sviluppano dei focolai bronco-pneumonici, il fegato aumenta di volume e diventa doloroso, la morte avviene per paralisi cardiaca. Le forme gastro-intestinali presentavano il tipo della diarrea coleriforme, con rapida disidratazione e febbre molto elevata: la diagnosi era facile per la comparsa in periodo non estivo e per la contemporanea esistenza di una epidemia grippale. Ne sono morti 10 su 28 lattanti ammalati. La terapia è sintomatica: importante è soprattutto una accurata disinfezione del naso-faringe. POLLITZER.

Epidemia influenzale.

Nel *Brit. Medic. Journ.*, 4 febbraio 1933) si osserva che nei dieci anni terminati nel 1914 il numero dei morti per influenza in Inghilterra e nel Galles è stato di 70.172; nel decennio terminato nel 1929 il numero è salito a 149.363. Attualmente c'è in Inghilterra un'epidemia diffusissima di influenza. Nella settimana terminata il 24 dicembre 1932 ci furono 120 morti d'influenza, con un aumento di 35 sul numero dei morti della settimana precedente; nella settimana successiva, fino al 28 gennaio, le cifre salirono a 303, 681, 1041, 1589 e 1934 per ogni settimana, rispettivamente.

Per quanto riguarda l'età, dal 1890 al 1918

l'età di 65 anni dava mortalità in proporzione dal 25 al 35 %; nella pandemia del 1918 la percentuale cadde a 10 e a 5 %. Nell'epidemia attuale, non ci sono state queste variazioni della mortalità in rapporto all'età, quindi è diversa da quella del 1918. Forse questa diversità dipende dalle diverse condizioni igieniche della popolazione del 1918 e di quella di oggi. Comunque il problema dell'influenza va studiato accuratamente perchè ancora non sappiamo nè come curare efficacemente nè come prevenire questa malattia. R. LUSENA.

CASISTICA E DIAGNOSTICA.

Ricerche sulla pressione media.

È noto il concetto di pressione media, introdotto recentemente da Vaquez e dalla sua scuola, secondo cui essa sarebbe una costante fisiologica. Il concetto ha sollevato numerosi problemi ed applicazioni che sarebbero interessanti.

Dalle ricerche di A. M. Michelazzi (*Cuore e circolazione*, nov. 1932) risulta che l'importanza attribuita a questo nuovo lavoro tensionale appare molto scarsa. Essa non può essere riguardata come una costante fisiologica, nè può darci una misura della capacità funzionale del cuore, mancando qualsiasi nozione sul comportamento della portata sistolica.

Essa varia in condizioni patologiche e fisiologiche, ma si comporta, salvo qualche eccezione, in maniera parallela alla pressione minima. *fil.*

La pressione arteriosa nella infezione malarica.

Sull'argomento, ha eseguito ricerche S. Manca (*Cuore e circolazione*, ott. 1932) il quale ha trovato che, nella forma maligna come nella benigna, domina di regola l'ipotensione, lievemente più marcata nella prima.

Nei diversi periodi, si hanno delle variazioni; le più caratteristiche sono quelle della pressione minima che, nel periodo del calore e quando l'accesso sta per finire, si sposta su valori bassissimi, quali non si riscontrano in nessun'altra malattia infettiva. Tale fatto potrebbe avere importanza pratica per la diagnosi differenziale con altre malattie infettive. Dopo chininizzazione e guarigione clinica, il ritorno ai valori normali avviene molto lentamente.

La pressione media ha andamento oscillatorio proporzionale alle due pressioni estreme, specialmente alla massima; la sua determinazione non presenta uno speciale interesse. *fil.*

Le cause dell'ipertonia.

K. Secher (*Acta medica Scandinava*, vol. LXXIII, fasc. 4°), in base a ricerche personali viene all'ipotesi che certe forme di ipertonia sono da riferirsi ad insufficienza della paratiroide.

Dalle ricerche cliniche, risulta che mediante iniezioni di ormone paratiroideo si può ottenere un abbassamento transitorio della pressione sanguigna. L'effettività delle iniezioni è stata controllata mediante ricerche sulla calcemia.

Le indagini anatomo-patologiche hanno dimostrato che, in casi di ipertonia, si possono trovare delle modificazioni nella paratiroide, caratterizzate da scomparsa delle cellule principali ed aumento di quelle eosinofile. *fil.*

La calcemia negli ipertesi.

Da quando si è affacciata l'ipotesi che la così detta « Ipertensione essenziale » possa essere legata a uno stato di disquilibrio del sistema nervoso vegetativo il Kylin ha emesso l'ipotesi che tale ipertensione abbia una grande somiglianza con l'asma bronchiale cui non di rado si associa e sia in dipendenza di uno stato di vagotonia.

Partendo dal concetto che lo jone Ca. sia lo eccitatore specifico del simpatico e lo jone K. quello specifico del vago, gli ipertesi, che Kylin considera come vagotonici, dovrebbero avere un'alterazione nell'equilibrio degli joni K.-Ca. con un prevalere nel sangue di joni K.. ed una deficienza di Ca. joni.

È questo infatti che il Kylin ha dimostrato ottenendo in numerose prove un valore medio negli ipertesi esaminati di 10,4 di fronte ad un valore medio di 11,13 che egli dà come cifre normali.

Collip invece avendo constatato che l'estratto di paratiroide eleva la calcemia ammette che l'ipertensione sia dovuta ad una diminuzione della calcemia da insufficienza delle paratiroidi.

Un controllo delle ricerche di Kylin fatto da Segre e Cantoni (*L'Ospedale Maggiore*, n. 9, 1932) fa ritenere a questi autori che il contenuto di Ca negli ipertesi non sia affatto inferiore alla norma, nonostante la media delle cifre da essi ottenute confermino in linea di massima quelle di Kylin.

Gli AA. ritengono di non poter dar valore ad esse poichè hanno constatato che esistono molti soggetti non ipertesi i quali hanno una calcemia notevolmente bassa, mentre vi sono altri, ipertesi, con calcemia alta ed infine perchè essendo gli ipertesi nella maggioranza adulti od anziani essi hanno visto che in tale età la calcemia normalmente tende ad abbassarsi ed anche in maniera non del tutto trascurabile. LIVERANI.

Le coronariti giovanili.

Le sindromi anginose di origine coronarica sono tutt'altro che rare nell'età giovanile, al disotto dei 35 anni. C. Pezzi e C. Papp («Cuore e Circolazione », genn. 1933) in un vasto studio ne riportano 19 casi, fra cui 5 con infarto miocardico da trombosi coronarica. Eliminando questi ultimi casi, in cui la sintomatologia è stata quella classica (dolore anginoso violento, collasso circolatorio e febbre), negli altri si osservano sensazioni dolorose varie, dall'algia semplice, lieve, superficiale al dolore a-

cuto, violento (arma da punta), a quello costrittivo profondo.

L'algia toracica ha sedi fisse; le si aggiunge la nota motoria, a tipo di crampo, di morsa, di grosso boccone fermato nell'esofago. La irradiazione dolorosa si fa al collo, alla spalla sinistra, con senso di peso e di stanchezza; tale irradiazione è però meno intensa che nelle coronariti dell'età più avanzata e manca di solito lo stato angoscioso. Il dolore insorge per lo più dopo i pasti e le emozioni ed a volte è costituito da una sensazione assai vaga.

Si devono eliminare i dolori della pleurite diaframmatica, della nevralgia frenica od intercostale, dall'herpes zoster. Per tutta la gamma delle sensazioni cardio-toraciche, così varie nell'espressione soggettiva, non si può fondare una diagnosi sui soli caratteri piuttosto vaghi del dolore, poichè si andrebbe incontro a sorprese. Valga come esempio un caso degli AA. in cui, pensandosi ad aderenze cardio-pericardiche, venne persino attuato un pneumotorace.

Di scarso aiuto è l'esame radioscopico. Invece, gli AA. danno grande importanza a quello elettrocardiografico, specialmente all'onda Q, che è da considerarsi come la vera onda coronarica, che si osserva anche nei casi lievi o clinicamente incerti, costituendo un segno obbiettivo molto importante per la diagnosi.

La maggior parte delle sindromi anginose rientra nel gruppo delle coronariti, a cui debbono ascriversi pure in gran parte le algie cardio-toraciche. È quindi conveniente sostituire al termine vago di angina di petto quello di coronarite quando, come è il caso più frequente, l'esame elettrocardiografico sia in grado di dimostrarla obbiettivamente.

fil.

Soffi funzionali del cuore.

A. Carducci (*Cuore e circolazione*, genn. 1933) si occupa di alcune particolarità di diagnostica e semeiotica del cuore; osservazioni dettategli dalla lunga pratica, che non si trovano sui libri, accorgimenti di notevole utilità nell'esame di un cardiaco. Riportammo qui alcune note sui soffi funzionali, che mettono spesso in imbarazzo il medico e che possono essere causa di errori e di gravi decisioni che possono riflettersi su tutta la vita del paziente.

Trattasi di un soffio sistolico, non già di quello puntale che si inquadra nell'insufficienza mitralica o di quello basale che si ha nella stenosi aortica, aortite, ectasia aortica, compressione dell'aorta. Altri soffi, però anch'essi funzionali si hanno per anemia, febbre, tachicardia e sono facilmente riferibili alla loro causa.

Ma un altro tipo di soffio è più importante ed è quello che si scopre spesso per caso in individui del tutto sani, senza disturbi cardiaci di sorta, che possono fare sforzi, saltare, correre ed in cui l'esame obbiettivo non permette di rilevare alterazioni di sorta.

Trattasi di soffi, che sono un vero incubo per il paziente e per il medico; per il giudizio del valore funzionale di tali soffi, l'A. utilizza i seguenti caratteri.

Intensità: sono generalmente lievi, superficiali, talvolta però anche intensi.

Timbro: per lo più dolci, ma hanno qualche volta carattere rude; in parecchi giovani soldati malarici convalescenti, non anemizzati, l'A. potè riscontrare tali soffi sistolici a carattere rude, senza alcun altro disturbo.

Sede: generalmente situati su una linea che va dal 2° spazio intercostale alla punta del cuore; molte volte nella parte media e più facilmente lungo il margine polmonare sinistro (azione cardio-polmonare dei francesi).

Non diffusibilità: non si diffondono lungo linee speciali; qualche volta si sentono su tutti i focolai valvolari, con intensità varia.

Tempo della rivoluzione cardiaca: sono sistolici, ma talvolta si sentono dopo le sistoli fino a diventare mesosistolici.

Rapporto con gli atti respiratori: possono modificarsi o rimanere inalterati.

Rapporto con la posizione: possono scomparire nella posizione in piedi e ricomparire in quella distesa o viceversa; talora scompaiono nella posizione laterale (destra o sinistra).

Tali caratteri non sono costanti, ma in presenza di parecchi di essi, l'A. non esita a dichiarare tali soffi come funzionali ed a ritenere il cuore sano.

Talvolta, anche con uno studio di tal genere, il medico rimane incerto ed in tal caso è bene rivedere il paziente dopo un certo tempo; talvolta, dopo qualche anno, tutto è scomparso, altre volte invece nulla è modificato.

fil.

Gli effetti degli aneurismi artero-venosi sul cuore.

È ben nota l'azione dannosa che la presenza di un aneurisma aretero-venoso esercita sul cuore. Il fattore principale è rappresentato dalla aumentata quantità di sangue che giunge all'orecchietta destra, per la deviazione nell'albero venoso di una grande massa di sangue arterioso. Ne segue una condizione morbosa che somiglia alla insufficienza aortica, benchè la lesione possa essere molto lontana dalle vavole aortiche.

M. Reid (*Ann. of Surg.*, aprile 1932), illustra un caso di aneurisma artero-venoso che durava da 17 anni. Presentava ipertrofia e dilatazione del cuore, fenomeni bradicardici, disturbi della pressione sanguigna (segno di Hill e Flick), modificazioni dell'elettro-cardiogramma, varicosità pulsanti, pulsazione capillare, circolazione collaterale ben sviluppata. L'estirpazione dell'aneurisma, fece scomparire tutti i sintomi a carico del cuore e fece ritornare questo alle dimensioni normali.

Il caso può essere invocato a sostegno delle idee di Matas secondo le quali il cuore dovrebbe essere preparato alla completa chiusura della fistola artero-venosa, da preliminari occlusioni temporanee di essa. Benchè la ricca circolazione collaterale garantisca sicuramente contro il pericolo di gangrena periferica, il cuore deve anche essere preso in considerazione e preparato all'improvvisa e notevole alterazione nelle sue condizioni di funzionamento che segue immediatamente all'intervento. Se il paziente è intelligente e animato da spirito di cooperazione può dopo aver praticato per un certo tempo delle chiusure parziali della sua fistola essere sicuro che l'intervento non avrà nessun effetto dannoso sul cuore. M. ASCOLI.

TERAPIA.

Cura delle orticarie gravi con l'insulina.

Due casi sono riferiti da P. Chevallier (*Paris médical*, n. 3, 1932, p. 54): nel primo trattasi di una donna di 32 anni, affetta da 5 anni, successivamente a un'operazione in anestesia cloroformica, da orticaria intensa. Ogni genere di alimenti faceva esplodere la crisi, più volte nello stesso giorno; soltanto la dieta idrica integrale valeva ad impedire l'eruzione.

Furono saggiati tutti i medicamenti in simili casi consigliati ed esperimentati i più diversi regimi senza risultato alcuno. Una cura insulinica, consistente in un'iniezione sottocutanea due volte al giorno di 5 unità d'insulina e contemporanea somministrazione di 4-5 pezzetti di zucchero, portò in capo a una decina di giorni alla scomparsa di ogni manifestazione orticarica. Da allora solo a intervalli qualche piccola eruzione, in occasione di disordini dietetici.

L'altro caso è rappresentato da una giovane donna di 22 anni, eredo-sifilitica, affetta da orticaria grave fin dall'infanzia, orticaria che aveva periodi di attenuazione in relazione probabilmente con vita più calma del solito e regime più ordinato e semplice, ed esacerbazioni in relazione specialmente con eccessi alcoolici. Una cura d'insulina, messa in opera con i criteri suesposti, troncò in 8 giorni circa ogni manifestazione, non residuando che qualche piccola eruzione fugace, malgrado il persistere degli eccessi alcoolici.

Questi risultati, ottenuti dallo Chevallier casualmente, possono apparire paradossali da un punto di vista teorico, quando si pensi che non infrequente, nella cura prolungata dei diabetici con l'insulina, è la comparsa di accidenti tossici con manifestazioni orticariche e che è d'altro canto tutt'affatto eccezionale di riscontrare in un orticarico un'iperglicemia.

Lo Chevallier non tenta nemmeno un'interpetrazione del fatto per due volte chiaramente osservato e si limita a registrarlo e a raccomandare che venga sperimentata la cura da lui suggerita non tanto nelle orticarie acute e leggere, quanto nelle orticarie gravi croniche, quale efficace rimedio palliativo, se non radicale, almeno in certi casi.

P. MOLINARI TOSATTI.

Ormone epatico nella cura dell'asma.

Slauck (*Die Med. Welt*, 9 aprile 1932) è stato spinto a praticare la terapia dell'asma con ormone epatico dalla considerazione già nota nel campo dell'allergia, che il fegato è uno dei principali organi di Schock.

Ha così curato 45 pazienti, affetti da asma bronchiale. In 5 casi è riuscito ad interrompere l'attacco venti minuti dopo l'iniezione dell'ormone e ad allontanare gli attacchi per settimane mediante il trattamento continuato con l'ormone stesso.

In 3 casi ha ottenuto una notevolissima rarefazione degli attacchi. In 22 casi ebbe un notevole miglioramento dello stato generale; negli altri casi non ebbe a notare alcuna influenza del trattamento istuitito.

Dai risultati ottenuti non si può veramente affermare che lo scienziato tedesco abbia scoperto il rimedio specifico dell'asma bronchiale; ma essendo questa una malattia nella quale i rimedi terapeutici e gli indirizzi curativi si contano a centinaia, chi avrà il coraggio di negare un posticino anche all'ormone epatico?

G. LA CAVA.

Autovaccinoterapia nelle sindromi asmatiche.

Quantunque la possibilità di un vero asma bronchiale da allergene batterico sia negata da alcuni tra i più autorevoli AA., tuttavia la vaccinoterapia specifica è stata ripetutamente sperimentata in epoche recenti. I risultati sono discordi, come diverso è il concetto informatore del trattamento, (etiologia mono-microbica da germi diversi, o polimicrobica) e diversa la tecnica vaccinoterapica.

E. Frola (*La Riforma Medica*, n. 2, 1932) ha ripreso queste ricerche, individuando nell'espettorato dei proprii casi, in prevalenza strepto- e stafilococchi; più di rado pneumococchi, catarralis, Friedländer, ed ha ottenuto con i vaccini autogeni totali a dosi intensive, risultati favorevoli in 14 casi di bronchiti asmatiformi e di asma bronchiale.

L'assenza di qualsiasi inconveniente, autorizza l'A. a consigliare tale forma di trattamento in tutti quei casi nei quali la ricerca del bacillo di Koch risulti negativa e non si riscontrino i segni di lesioni polmonari evolutive in atto. ARULLANI.

Può uno shock anafilattico determinare o contribuire ad una rapida guarigione di una infezione tetanica?

L. Lima (*Studium*, 1 febbraio 1932) riporta il caso di un operaio elettricista che, essendosi punto nel dorso della mano destra con una punta di ferro spinato sporco di terra, presentò dopo 14 giorni chiari sintomi di infezione tetanica. Poichè, subito dopo riporta-

ta la ferita, gli era stata praticata una iniezione di siero antistreptococcico, l'iniezione endovenosa di 10 cc. di siero antitetanico curativo fu preceduta da una iniezione sottocutanea di 10 cc. dello stesso siero. Malgrado ciò, immediatamente dopo l'iniezione endovenosa, insorsero incidenti gravissimi: cianosi imponente, dispnea intensa, ambascia precordiale terribile, polso frequente e piccolissimo, vomito ripetuto, senso di astenia precordiale.

Si intervenne prontamente con una iniezione endovenosa di cloruro di calcio e con l'adrenalina, con che il paziente si riprese ed ebbe condizioni migliori di polso e di respiro.

Nella notte successiva allo shock la febbre diminuì fino a 37°,5 e per tre giorni raggiunse come massimo tali linee per poi, nei giorni successivi, scomparire del tutto. Contemporaneamente le contratture diminuirono progressivamente, tanto che l'ammalato al quinto giorno si alzò da letto e all'ottavo venne dimesso senza che soffrisse poi più di alcun disturbo.

C'è da domandarsi se sia stato il collasso determinato dallo shock ad attenuare e poi ridurre al nulla gl'imponenti sintomi dell'infezione tetanica o se sia stata un'interruzione spontanea di questa. L'A. opta per la prima interpretazione. C. TOSCANO.

L'olio di paraffina nella anafilassi alimentare.

Ch. Richet fils e R. Couder (*Presse méd.*, 11 giugno 1932) hanno trattato con successo diversi casi di orticaria che datava già da parecchi mesi ed era anche eczematizzata, mediante l'olio di paraffina.

Tale rimedio si somministra a cucchiaini da caffè all'inizio ed alla fine (od alla metà) di ogni pasto. Esso può associarsi anche ad altri rimedii antianafilattici, per esempio alla peptonoterapia od al regime di eliminazione. In diversi malati, la guarigione si è mantenuta anche dopo la sospensione del trattamento.

Il meccanismo di azione non risiede certamente nel migliorare la costipazione, perchè altri lassativi non hanno lo stesso risultato. Gli AA. ritenevano dapprima che l'olio di paraffina agisse sulla mucosa digestiva rivestendola di una specie di vernice che ritarderebbe l'assorbimento delle proteine anafilattizzanti, in modo che l'organismo avrebbe il tempo di antianafilattizzarsi. Ma numerose esperienze sulle cavie hanno dimostrato che non vi è affatto ritardo nell'assorbimento dei cristalloidi o dei colloidi, anzi alcuni veleni sembrano essere assorbiti più rapidamente. Il meccanismo appare quindi più complesso, ma ad ogni modo i fatti clinici sono evidenti. *fil.*

Effetti dell'acido acetilsalicilico.

R. W. Lamson e Roy Thomas (*The Jour. of the Americ. Medic. Association*, 9 luglio 1932), riferiscono su 4 casi di disturbi da ipersensibilità all'acido acetilsalicilico (attacchi asmatici) di cui uno mortale, tutt'e quattro in donne di una certa età, tutt'e quattro allergiche in precedenza e che usavano una specialità contro l'asma contenente appunto acido acetilsalicilico e mettono sull'avviso i medici richiamando l'attenzione su questi fatti che devono essere più frequenti di quanto non appaia dalla letteratura. R. LUSENA.

MEDICINA SCIENTIFICA.

I parassiti malarici sono filtrabili?

A. Panagia (estr. da *Riv. di Malariologia*, 1933, n. 1) ha voluto ripetere, variandole, le ricerche di Ascione e Mariotti (cfr. *Policlinico*, Sez. Prat., 1932, p. 1622). Le sue ricerche sono state eseguite nel padiglione del prof. Antonelli al Policlinico Umberto I di Roma. L'A. ha prelevato 5 cc. di sangue da un subterzanario e altrettanti da un quartanario; ha diluito a 1:9, con soluzione isotonica citrato-cloruro sodica; ha filtrato per candela Chamberland F o Berkefeld V; ha inoculato endovena il liquido filtrato, rispettivamente ad 1 paziente ed a 6 pazienti; i soggetti furono seguiti per 1-2 mesi; il risultato rimase negativo, salvo, in un caso, un lieve e fugace rialzo termico, subito dopo l'iniezione.

Resta a vedere come questi risultati si concilino con quelli positivi ottenuti da Ascione e Mariotti, nella terzana.

L'A. si è valso del filtrato anche per una intradermoreazione diagnostica, con esito favorevole.

Aggiungiamo che, alle « Giornate mediche coloniali » di Parigi, hanno pure riferito su risultati negativi, per quanto concerne la filtrabilità, E. Marchoux (malaria umana), Ed. Sergent e A. Catanei (malaria aviaria). A. P.

VARIA.

In merito alle rivendicazioni italiche.

« Il Pensiero Sanitario » del 30 gennaio ammonisce, crediamo giustamente, ad andar cauti nel movimento rivendicativo che si è pronunziato in Italia ed a compiere uno sfrondamento selezionistico, per evitare che le rivendicazioni di priorità, sia di fatti che di direttive, perdano il tono di severità che è loro necessario e trascurato il quale si comprometterebbe la serietà del movimento. Il genio italico ha inciso la sua cifra indelebile nella storia delle scienze mediche; proprio per questo non è indispensabile di esagerare: non si renderebbe un buon servigio al Paese. P.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Rapporti fra Sanitari, Ospedali e Case private di cura.

La Società Italiana di Chirurgia, in occasione del Congresso adunatosi lo scorso ottobre, aveva preso in esame le condizioni fatte ai chirurghi primari dalle varie Amministrazioni ospedaliere — condizioni assai diverse nelle singole parti d'Italia, specialmente riguardo alla libertà dell'esercizio professionale fuori dell'ospedale, e alle partecipazioni agli utili delle operazioni sugli abbienti — e aveva formulato, al riguardo, un voto, che venne allora pubblicato anche nel nostro giornale e presentato alle autorità.

Su questo argomento l'onor. prof. E. Morelli ha aperto una discussione nelle « Forze Sanitarie », aggiungendovi la questione della concorrenza che gli Ospedali, accettando ammalati abbienti, fanno alle Case Private di Cura.

Si tratta di un problema grave che ha interferenze sociali, finanziarie e professionali di grande importanza, e che non può quindi essere risoluto con criterî unilaterali.

Il prof. Morelli ha prospettato con un'analisi minuta e precisa i varî aspetti della quistione, aspetti che costituiscono ottimi punti d'appoggio e di riferimento per la discussione.

Ha per primo presa la parola il prof. Roberto Alessandri, la cui competenza in merito è ben nota ai lettori del « Policlinico » per gli articoli pubblicati sul nostro giornale su argomenti nel campo che ora ci occupa.

Daremo notizia dell'ulteriore sviluppo del *referendum*.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

L'igiene e la sanità pubblica in Italia nel 1931.

Con la consueta efficacia di esposizione e ricchezza e precisione di dati, la Direzione Generale della Sanità Pubblica dà ampia notizia (1) sulle condizioni della salute publica e sui provvedimenti d'indole igienica in Italia nel 1931.

Accenniamo qui brevemente ai punti più salienti, raccomandando la lettura dell'interessante pubblicazione a quanti hanno a cuore questi problemi d'interesse vitale per la Nazione.

Le condizioni sanitarie del Regno si sono mantenute soddisfacenti. Primo motivo di conforto è l'incremento demografico, con la notevole eccedenza dei nati vivi sui morti (10,2 per 1000 abitanti) che porta il nostro Paese ai primi posti. Una popolazione di 41.230.047 presente alla data del censimento — 21 aprile 1931 — con un aumento di 3.197.494 rispetto al censimento del 1921 ed un incremento medio annuo di 8,4 ‰; mortalità di 14,7 ‰ e natalità di 24,9 ‰. La diminuzione della mortalità è soprattutto notevole nel primo anno di vita (da 193,42 ‰ nel 1887 a 121,70 ‰ nel triennio 1927-1929) e per le malattie infettive (da 243 su 1000 morti nel 1887 a 108 nel 1929, con un beneficio del 65 % circa).

Scomparso il vaiuolo, di cui non si è avuta nemmeno una denuncia del 1931; in sensibile diminuzione, in confronto dell'anno precedente, le denunzie di morbillo, scarlattina, tifoide, difterite, febbre puerperale e varicella; si è avuto invece un maggior numero di denunzie di febbre ondulante, dissenteria bacillare, pertosse.

La *malaria*, già in fase di recrudescenza nel precedente triennio, ha dato luogo a qualche manifestazione importante, specialmente nei comprensori di bonifica ed in alcuni paesi, dove sono entrati in funzione nuovi acquedotti senza un adeguato smaltimento delle acque; nel complesso del Regno ha però avuta una diminuzione. In continua discesa è la cifra della mortalità da malaria, che rappresenta ora una diminuzione dell'89 % in confronto di quella del triennio 1887-1889.

Importante lo sviluppo delle *opere antitubercolari*: aumento nel numero di Istituti di ricovero (da 336 nel 1930 a 392 nel 1931), di spese per spedalizzazione (da 27 milioni nel 1929, a 33 nel 1930) e per i dispensari (da 13 a 18 milioni). Notevole il contributo portato in questo campo dalla Cassa Nazionale Assicurazioni Sociali che, dal 1929 al 1931, ha provveduto alla assistenza di 98.444 persone. Alla grandiosa opera hanno portato il loro contributo i provvedimenti sull'educazione fisica, il grande sviluppo delle 1276 Colonie climatiche a cui nel 1931 accorsero 254.061 bambini.

Per la lotta contro i *tumori maligni* provvedono gli Istituti di Milano e di Roma, oltre ai Centri regionali, sul tipo di quelli di Torino e Bologna. La dotazione di radio della Direzione Generale di Sanità Pubblica è oggi di quattro grammi, di cui 2 e mezzo sono stati concessi ad Istituti ed Enti.

Una sosta nella diminuzione, ed in qualche località un lieve aumento hanno segnato le *malattie veneree*, fenomeno che viene messo in rapporto specialmente con le condizioni economiche per cui i pazienti ricorrono più numerosi al dispensario gratuito anzichè al medico privato.

Notevole è stata in quest'anno l'attività dei *Laboratori dipendenti dalla Direzione di Sanità*, anche per gli importanti studî compiuti, di cui è cenno nella relazione.

Interessanti sono i dati sull'*esercizio delle professioni sanitarie*. Nei 7306 comuni delle 92 provincie, si avevano nel 1931, 9210 medici condotti, 9382 levatrici condotte e 6227 ufficiali sanitari. Per le arti ausiliarie delle professioni sanitarie, sono stati abilitati, nel 1931, 3159 individui (infermieri, odontotecnici, ottici, ecc.).

(1) *Sui fatti e sui provvedimenti più notevoli riguardanti l'igiene e la sanità pubblica nell'anno 1931.* Due voll. in-4°, di rispettive pagine 283 e 291, con grafici e figure. Ist. Poligrafico dello Stato, Roma, 1932.

Numerose sono state le *opere igieniche* finanziate, fra cui gli acquedotti di Viareggio (lire 4.850.000), di Tarcento e Buia (L. 4.300.000), del Simbrivio per alcuni comuni del Lazio (circa 15 milioni), le fognature di Ravenna (L. 8.600.000), ecc.

Fra le altre attività, segnaliamo l'intensificazione della *difesa sanitaria del patrimonio zootecnico*, specialmente per quanto riguarda i contagi provenienti dall'estero (bollatura a fuoco, prova della tubercolina, sorveglianza nei paesi di destinazione), nonchè un'opera di intensa vigilanza sulla produzione e lo smercio del latte.

Da questa breve esposizione, in cui necessariamente si sono dovute omettere tante notizie pure importanti, si comprende quanto fattiva continui ad essere l'opera della Direzione Generale della Sanità Pubblica. La lettura del testo, che comprende le relazioni particolareggiate sui singoli argomenti ed in cui sono esposte anche le *questioni di massima* sottoposte al Consiglio Superiore di Sanità, è necessaria per chi si occupa di problemi igienico-sanitari, anche per la ricchezza dei dati statistici che troviamo nel secondo volume, in cui sono anche raccolte tutte le leggi, disposizioni, circolari, ecc. riguardanti la vigilanza igienica, l'esercizio delle arti sanitarie, ecc. pubblicate nel 1931. *fil.*

Provvedimenti legislativi in corso.

Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Capo del Governo, Ministro dell'Interno, ha approvato i seguenti provvedimenti:

1) Un disegno di legge recante modificazioni di aggiornamento e perfezionamento alla legge sull'Opera Nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia.

L'Opera Nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia, istituita con la legge 10 dicembre 1925, n. 2277, ha nei sette anni della sua vita, svolto vasta ed efficace azione nell'adempimento delle sue alte finalità, dirette ad assicurare l'incremento della natalità e il miglioramento della razza, attraverso la tutela igienica e morale della madre e del bambino.

Peraltro, sette anni di esperienza hanno messo in evidenza la opportunità di dare un migliore assetto alla organizzazione dell'istituto, per assicurargli maggiore organicità e snellezza di movimento e renderlo sempre più rispondente alle esigenze dei tempi.

A tale scopo, il provvedimento — approvato dal Consiglio dei Ministri — stabilisce, fra l'altro:

a) di ridurre il numero degli amministratori sia al centro che alla periferia (da 38 a 13, per il Consiglio Centrale, e da 21 e 17 a 9, per i Consigli direttivi delle Federazioni Provinciali;

b) di sopprimere le Giunte esecutive presso le Federazioni Provinciali e di ridurre da 9 a 3 il numero dei membri della Giunta esecutiva centrale;

c) di coordinare, nelle Provincie e nei Comuni, le varie attività assistenziali a favore della madre e del fanciullo, affidando la presidenza delle Federazioni Provinciali e dei Comitati comunali di patronato, rispettivamente, ai Presidi e ai Podestà, e la vice presidenza alle dirigenti dei Fasci femminili;

d) di fare obbligo alle Federazioni Provinciali e ai Comitati di patronato di valersi, per la loro gestione, dell'opera dei segretari e degli impiegati amministrativi provinciali e comunali.

Il provvedimento attesta il vigile ed efficace interessamento del Governo fascista per tutto quanto attiene alla difesa della stirpe.

2) Disegno di legge recante modifica alle vigenti norme sull'ordinamento del servizio di assistenza ai fanciulli illegittimi abbandonati od esposti all'abbandono.

Il provvedimento è diretto a rafforzare e migliorare, anche in questo campo, l'azione altamente umanitaria e sociale svolta dall'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia.

3) Schema di decreto col quale si inserisce, nell'articolo 253 del Testo Unico della Finanza locale, una norma integrativa diretta a consentire ai Comuni — che, anteriormente alla legge 12 luglio 1896, n. 303, avevano disciplinato il servizio della fognatura con propri regolamenti, imponendo il contributo di costruzione e di manutenzione — di continuare ad applicarli anche dopo l'entrata in vigore del T. U. anzidetto.

4) Schema di disegno di legge che approva l'ordinamento sanitario per le Colonie.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Acerra (*Napoli*). — Per titoli. Posto della prima condotta medico-chirurgica. Stipendio L. 9500 e tre quadrienni del decimo al lordo 12 % e ritenute di legge. Scadenza 12 maggio.

Alessandria. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli ed esami. Posto di coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Stipendio L. 14.000 elevabile a L. 16.000 e indennità di servizio attivo L. 2.500; riduzione 12 %. Domanda e documenti di rito alla Segreteria della Provincia entro il 12 maggio 1933.

Alessandria d'Egitto. *Ospedale Italiano « Benito Mussolini »*. — Scad. 31 marzo; aiuto del Reparto Medico e incarico temporaneo della direzione del Laboratorio di chimica, batteriologia, anatomia ed istologia patologiche dell'Ospedale; titoli: età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 31 gen.; Lire egiz. 20 mensili per l'Ospedale e 40 per il Laboratorio; partecipaz.; vitto e alloggio. Se l'amministraz. esonererà dalla direzione del Laboratorio, corrisponderà Lire egiz. 200 annue. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla direzione. Esame complementare di Stato.

Arcevia (*Ancona*). — Scad. un mese dal 6 feb.; cond. urbana; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi; stip. L. 9.000 aumentabile del 50 %; deduz. 12 %; se uff. san. L. 1500.

Bari. *R. Prefettura*. — Al 10 apr., ore 12, ufficiali sanitari di Sannicandro di Bari, di Cassano Murge e di Noci; stipendi rispett. L. 6000, L. 6000 e L. 9000; 5 quadrienni dec.; titoli ed esami; età lim. 45 a. al 9 febbr.; doc. a 3 mesi dal 9 febbr. Chiedere annunzio.

CASSANO MURGE; v. BARI.

COLLEBEATO (*Brescia*). — Scad. 3 apr.; rivolgersi Segreteria.

CORIO (*Torino*). — Scad. 1 mag.; 2ª condotta; L. 7040 oltre indennità.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — A ore 17 del 15 marzo, assistente in oto-rino-laringojatria; età lim. 30 a.; lire 6400 ridotte del 12 %, c.-v.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 15 febbr. Chied. annunzio.

GENOVA-SAMPIERDARENA. *Ospedali Civili.* — Primario chirurgo; L. 6000 e partecipaz. 36 %; titoli ed eventualm. esami; nomina quinquennale, conferme triennali fino a 60 a.; tassa L. 50; doc. a 2 mesi dall'1 feb.; scad. 31 marzo. Rivolgersi Segreteria (Corso Roma, Genova-Sampierdarena).

GENOVA-SESTRI. *Ospedale Civile.* — Scad. 31 mar.; primario medico; rivolgersi Congregaz. di Carità di Genova, corso Carbonara 2 (Albergo dei Poveri).

GROSSETO. *Comune.* — Scad. 31 mar.; per Batignano; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 indennità complementare; c.-v.; riduz. 12 %.

MIRABELLO ed UNITI (*Pavia*). — Consorzio medico Mirabello - S. Genesio. Per titoli. Posto di medico consorziale. Stipendio lordo L. 14.000, ridotto del 12 %. Scadenza 20 marzo 1933. Per schiarimenti rivolgersi all'Ufficio Comunale di Mirabello ed Uniti.

MONTEFIASCONE (*Viterbo*). — Scad. 31 mar.; 2ª cond.; L. 8500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 720 c.-v., L. 2000 cavalc.; addizion. oltre i 1000 pov.; riduz 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

NOCI; v. BARI.

OLLOLAI (*Nuoro*). — Per titoli. Posto di medico condotto dei poveri di detto Comune; stipendio annuo L. 9500, più L. 800 per il servizio di Ufficiale Sanitario, decurtato del 12 % e delle ritenute di legge. Numero approssimativo dei poveri 1000. Obblighi di cui al capitolato medico visibile dai concorrenti ogni giorno nelle ore di Ufficio. Età massima anni 40 salvo legge. Presentazione dei documenti di rito in bollo sufficiente ed occorrendo legalizzati, entro le ore 12 del 30 aprile 1933. Si avranno per non presentati i documenti prodotti oltre tale data.

OSIDDA (*Nuoro*). — Scad. 31 mar.; L. 10.500 e 5 trienni dec., oltre L. 1400 serv. att., L. 800 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; serv. entro 15 gg.

OULX (*Torino*). — Scad. 23 marzo; con Salbertrand; L. 10.000 oltre L. 1000 alloggio e L. 3500 trasp.; età lim. 45 a.

PIETRAROJA (*Benevento*). — Scad. 15 mar.; lire 8000 e 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

ROMA. *Istituto Naz. delle Assicurazioni.* — Scad. 8 apr., ore 12; sostituto primo segretario per laureati in medicina e chirurgia; titoli ed esami; doc. a 3 mesi; L. 12.400 nette da riduzione, doppia mensilità, cointeressenze; chiedere annunzio. Rivolgersi alla Direz. Generale, Servizio Personale, via Sallustiana 51, Roma.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni. Ferrovie dello Stato.* — Concorso per sei posti di allievo ispettore sanitario. Età massima 30 anni al 10 gennaio, salvo eccezioni. Certificati cittadinanza, buona condotta, casellario giudiziario, iscrizione Fasci combattimento o giovanili o G.U.F., stato famiglia, stato servizio militare, fotografia. Diploma laurea, voti esami, altri titoli eventuali. I certificati temporanei non anteriori a 3 mesi al 31 marzo.

Esami obbligatori: Prove scritte di medicina e chirurgia. Prova orale riguardante: patologia e clinica medica e chirurgica. Oculistica (esame funzionale dell'occhio). Otoiatria (esame anatomico e funzionale dell'apparato uditivo). Igiene e polizia sanitarie. Elementi di psicotecnica. Legislazione ed organizzazione sanitaria. Nozioni di diritto corporativo.

Esami facoltativi: Lingue estere (prova scritta ed orale). Igiene pratica applicata (prova pratica).

Stipendio ed indennità secondo le tabelle approvate con la Legge 27 giugno 1929, n. 1047. Nomina a stabile dopo un anno di prova. Scadenza ore 18 del 31 marzo. Domanda su carta da bollo da L. 5 alla Direzione Generale F. S., Servizio Personale e Affari Generali, piazza Croce Rossa, Roma.

Per ottenere il programma particolareggiato con lo schema della domanda, rivolgersi al su nominato Servizio Personale o agli Uffici Compartimentali delle Ferrovie di Stato.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni. Ferrovie dello Stato.* — Concorso per titoli ai seguenti posti di Medico di riparto: Ostiglia, Molino del Pallone (Bologna); Finale Ligure (Genova); Greco Milanese (Milano); Balvano Ricigliano, Benevento Porta Rufina (Napoli); Gibellina (Palermo); Cariati II (Reggio Calabria); Anversa-Scanno, Monteroduni Macchia, Carovilli (Roma); Ferrandina (Taranto); Trento I (Trento); Villa del Nevoso (Trieste). Inviare domanda, richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 7 marzo 1933.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti.* — Scad. 20 marzo; due primari dirigenti il Centro diagnostico delle malattie dell'apparato urinario; età lim. 50 a.; tassa L. 50; 5 anni di aiuto o assistente negli Ospedali Riuniti di Roma od in Ospedali di almeno 500 letti od in R. Clinica Universitaria. Chiedere condizioni alla Segreteria Generale.

RONCEGNO (*Trento*). — Scad. 12 mar.; L. 9500 e quadrienni dec., c.-v., L. 950 se uff. san., L. 2200 indenn. quartiere, L. 3000 cavalc.; riduz. 12 %; tassa L. 50.

SANNICANDRO DI BARI; v. BARI.

S. GENESIO (*Pavia*). — (v. MIRABELLO ed UNITI).

SERRAVALLE SESIA (*Vercelli*). — Scad. 20 mar.; L. 7000 oltre L. 1800 trasp., L. 150 ambulat.; riduz. 12 %; chiedere copia bando.

TERNI. *Ospedale Civile.* — Scad. 15 mar.; 3 assistenti. Rivolgersi Congregaz. di Carità.

TRASSELICO (*Lucca*). — Scad. 31 mar.; L. 10.000 e 5 quinquenni dec., se uff. san. L. 800, cavalc L. 3000.

VEMANTE (*Milano*). — Scad. 20 mar.; 2ª condotta. Rivolgersi Segret. com.

VENEZIA. *Ospedali Civili.* — Scad. 25 mar.; medico direttore; L. 25.000 e 2 quadrienni dec., oltre L. 8500 serv. att. e L. 6500 indenn. carica; riduzioni di legge; titoli; età lim. 45 a. al 13 febbr.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 13 febbr.

Scad. 15 maggio, ore 17,30; aiuto nella Divisione Oculistica; L. 4560 per i coniugati, L. 4200 per i celibi, ridotte del 12 %; titoli ed esami; età lim. 35 a. al 14 feb.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 14 febbr.

Chiedere annunzi al Protocollo.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il sen. Edoardo Maragliano, già ordinario nella R. Università di Genova, è nominato professore emerito della stessa Università.

La famiglia medica italiana apprenderà con molto compiacimento questa nomina, la quale acquista speciale significato, in quanto mantiene idealmente avvinto all'Alma Mater, dalla quale promanarono i suoi insegnamenti e le sue dottrine, uno dei più illustri rappresentanti della medicina contemporanea.

A far parte del Consiglio Superiore della Educazione Nazionale sono stati chiamati, per la I Sezione (Istruzione Superiore), con decreto 2 febbraio, i proff. Adolfo Ferrata (Pavia), Francesco Pentimalli (Perugia), Ottorino Rossi (Pavia), Giuseppe Tusini (Genova) e Sabato Visco (Roma).

Il Senato Accademico della R. Università di Modena, nella sua seduta dell'11 febbraio 1933, a norma dello Statuto della Fondazione, ha conferito anche per l'anno 1932 il premio « Riccardo Luzzatto », destinato ad un lavoro o complesso di lavori nel campo della biochimica o della terapia sperimentale, al dott. prof. Giulio Bucciardi, libero docente di fisiologia sperimentale in detto Ateneo, per le seguenti pubblicazioni: Variazioni della formula leucocitaria e dell'aspetto microscopico degli elementi figurati del sangue per modificazione della reazione del sangue e dei liquidi coloranti; La sedimentazione del sangue studiata al nefelometro; Le variazioni della luminosità in rapporto con le modificazioni micro- ed ultramicroscopiche dei globuli; Sull'imbibizione del tessuto muscolare; Sull'impregnazione argentica del tessuto nervoso.

La borsa di studio della Scuola di Perfezionamento in pediatria presso la R. Università di Pisa, dovuta all'atto munifico del Podestà di Perugia (fondazione Buitoni), è stata assegnata al dott. Perdikakis, di Rodi (Egeo), laureatosi in quella Università.

Il R. Commissario dell'O.N.M.I. gr. uff. avv. Sileno Fabbri ha nominato delegato straordinario della Federazione di Roma dell'Opera il principe Rodolfo Borghese, deputato al Parlamento.

Il ten. colonnello medico Carlo De Porcellinis, della Direzione di Sanità Militare del Corpo d'Armata di Napoli, ha conseguito la laurea in scienze naturali, dando un elevato esempio di amore allo studio.

Il Governo Francese ha fatto pervenire all'on. prof. Giunio Salvi, magnifico Rettore della R. Università di Napoli, le insegne di Ufficiale della Legion d'Onore, in riconoscimento della sua attività nel campo scientifico e politico.

In seguito al passaggio del prof. Armando Businco da Cagliari a Palermo, la Società fra Cultori delle Scienze mediche e naturali di Cagliari, della quale egli era presidente, ha eletto a questa carica, per il 1933, il prof. Castaldi; quali vice-presidenti sono stati nominati i proff. Macciotta e De Lisi.

Il prof. Ermanno Mingazzini, docente di Clinica delle malattie delle vie urinarie nella R. Università di Roma, è stato nominato Membro della Società Viennese di Urologia. Rallegramenti cordiali.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Milano.

Società Lombarda di Medicina.

Si è costituita in Milano la Società Lombarda di Medicina, Sezione dell'Accademia Medica Lombarda. La prima seduta tenutasi il giorno 10 febbraio 1933-XI, è stata affollatissima per l'intervento di numerosi medici di ogni parte della Lombardia. Presiedeva il prof. Carlo Baslini, presidente dell'Accademia Medica Lombarda, che disse un breve ed elevato discorso al quale rispose il prof. Luigi Zoja, eletto per acclamazione presidente della Società. L'Ufficio di Presidenza è rimasto così costituito: prof. Domenico Cesa-Bianchi, vice-presidente; proff. U. Carpi, A. Pepere, L. Ponticaccia, L. Villa, consiglieri; dott. R. Scotti Douglas, segretario; dott. R. Ginoulhaic, vice-segretario; dott. G. Bravetta, cassiere.

Sono seguite le comunicazioni scientifiche. Il prof. E. Greppi ha comunicato sul « Favorevole risultato della legatura dell'arteria splenica in un caso di epatosplenomegalia precirrotica emolitica »: l'osservazione si riferisce ad un uomo di 39 anni, presentante un quadro gastralgico con iperacidità e segni radiologici di gastro-duodenite ulcerosa, associato ad un complesso epato-splenomegalico senza accenno di ittero nè di ascite, ma con netta impronta emolitica attribuibile per varii motivi all'opera della milza. La splenocontrazione all'adrenalina rivelava a sua volta il carattere prevalentemente congestizio anzichè sclerotico del tumore di milza. L'operazione dimostrò le note macro-microscopiche di un'epatite ormai avviata ad un netto quadro cirrotico: alla legatura dell'arteria splenica fu associata l'omentopessia. Buona tolleranza all'intervento: nei mesi seguenti, fino a 15 dopo l'operazione, si è notata caduta del processo emolitico, inoltre un netto miglioramento subbiettivo e funzionale. L'oratore ritiene probabile un'azione di freno esercitata dall'intervento sul progresso dell'epatite cirrotica. Hanno preso parte alla discussione i proff. Donati, Pepere, Ferrata, Livini. Seguì il dott. Chiovenda che trattò dei rapporti tra tipo istologico e decorso clinico dei tumori gliali, mettendo in luce interessanti problemi di patologia dei neoplasmi cerebrali. Hanno preso parte alla discussione i proff. Donati, Besta, Pepere, Ferrata, Rondoni. Ultimo il prof. Giani sulla terapia disensibilizzante dell'asma da fieno.

R. S. P.

NOTIZIE DIVERSE.

5° Congresso italiano di anatomia.

Sono in corso le pratiche perchè il V Convegno della Società Italiana di Anatomia avvenga a Cagliari dal 25 al 31 maggio.

Saranno fatte le seguenti relazioni: prof. Gaetano Cutore (direttore dell'Istituto anatomico di Catania), « Cellule interstiziali e cellule xantocrome »; prof. Mario Volterra (assistente nella Clinica Medica di Firenze), « Struttura della parete dei capillari sanguiferi ». Inoltre la presidenza ha invitato il prof. Giorgio Benassi (direttore dell'Istituto di Medicina legale di Cagliari) a riferire su « Variazioni della colonna vertebrale e loro significato »; e il prof. Armando Businco (direttore dell'Istituto anatomopatologico di Palermo) su « Vedute vecchie e nuove sulla struttura dei polmoni ». I titoli delle comunicazioni sono accettati fino al 16 aprile; non si garantisce la possibilità di svolgere le comunicazioni ritardatarie. Tassa d'iscrizione per i non soci L. 10.

Sono in programma gite nell'Iglesiente, in Barbagia Belvì, a Sassari, a Caprera, ad una tonnara (per assistere ad una mattanza) e la partecipazione ad una caccia al cignale.

Presidente è il prof. Luigi Castaldi.

Per i programmi e tutte le informazioni rivolgersi all'Istituto anatomico di Cagliari, via Genovesi 45.

I° Congresso francese di terapia.

È organizzato per i giorni 17-19 ottobre a Parigi, sotto la presidenza del prof. Loeper, presidente della « Société de Thérapeutique ». Saranno presentate delle relazioni sui temi seguenti: 1° Trattamento parenterale dell'ulcera gastrica; 2° Le associazioni medicamentose; 3° Trattamento delle colibacillosi; 4° Le adrenaline; 5° Onde corte in terapia; 6° Trattamenti delle radiodermiti.

Per informazioni rivolgersi al sig. Doin, éditeur-trésorier du 1er Congrès français de Thérapeutique, place de l'Odéon 8, Paris VIe.

8° Congresso francese d'oto-neuro-oftalmologia.

Avrà luogo a Limoges dal 2 al 4 giugno (durante la Pentecoste), sotto la presidenza del prof. Duverger. L'ordine del giorno comporta la discussione di un rapporto sugli zona cefalici, preparato da Rebattu, Dechaume e Bonnet. È prevista un'escursione il 4 giugno. Per informazioni rivolgersi al segretario generale, Dr. Auguste Turnay, rue Saint-Lazare 81, Paris IXe.

Un Convegno medico a Pistoia.

Ad iniziativa della Accademia Medica Pistoiese — intitolata al nome del grande medico conterraneo del sec. XIX Filippo Pacini — si è tenuto il 18 febbraio in Pistoia un grande Convegno Medico sulla paralisi infantile, la temibile malattia che ha mostrato negli ultimi tempi un certo risveglio nell'Europa Centrale. Relatore ufficiale è stato il prof. Gennaro Fiore, direttore della R. Clinica Pediatrica nell'Università di Pisa. Alla discussione hanno partecipato numerosi medici pratici e spiccate personalità della pediatria, chirurgia, ortopedia e neuropatologia.

Convegno Sezionale sulla tubercolosi.

La VI Riunione annuale della Sezione Lombarda della Federazione Ital. Naz. Fascista per la lotta contro la tubercolosi avrà luogo a Pavia il giorno 14 maggio pr. Sede della Riunione sarà l'aula dell'Istituto di Clinica medica, presso il Policlinico Universitario.

Il programma comprende una conferenza del prof. Ferrata, direttore della Clinica Medica della R. Università di Pavia, su « Ereditarietà, costituzione e tubercolosi », e due comunicazioni: prof Riccardo Galeazzi, direttore della Clinica Ortopedica della R. Università di Milano, « Confini, tecnica e risultati della elioterapia nel trattamento della tbc. osteo-articolare »; dott. Ennio Sale, direttore del Sanatorio di Groppino (Bergamo), « Come le Provincie Lombarde provvedono alla spedalizzazione ed al ricovero dei tubercolosi polmonari ».

Commissione Consultiva dell'O. N. Maternità e Infanzia.

Sotto la presidenza del R. Commissario dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, gr. uff. Sileno Fabbri, assistito dal direttore generale comm. Terzi, è stata insediata la Commissione consultiva centrale, creata per trattare i problemi riguardanti l'assistenza morale e sociale che l'Opera deve attuare in base alle vigenti disposizioni legislative. Hanno partecipato alla discussione il prof. Albertini dell'Ufficio d'Igiene e Sanità del Comune di Milano, il quale ha formulato il voto che l'Opera Nazionale svolga azione diretta ad ottenere l'attuazione in ogni scuola di classi differenziali per la educazione dei tardivi o falsi anormali e la creazione in ogni provincia di speciali reparti per gli anormali gravi, a scopo di assistenza e di studio scientifico; l'on. Bascone, direttore generale dell'Istituto Nazionale di Assistenza Magistrale « Rosa Maltoni-Mussolini » e il prof. Donaggio, presidente della Società Italiana di Psichiatria, che hanno parlato sullo stesso argomento; e S. E. Novelli, direttore generale degli Istituti di prevenzione e pena presso il Ministero della Giustizia, che, rispondendo ad un preciso quesito formulato dal Regio Commissario, ha dichiarato che il minore inquisito e traviato non può a suo parere assolutamente essere sottratto alla autorità giudiziaria ed essere affidato ad altri Enti; ma che, tuttavia, essendo in pratica la detenzione preventiva dei ragazzi, rarissima, essa potrà, secondo il suo avviso, essere trascorsa nei Riformatori.

Il R. Commissario, riassumendo la discussione, ha precisato che nella ventura sessione potranno essere presentate le seguenti relazioni conclusive: « Provvedimenti diretti alla istituzione ed al funzionamento delle scuole differenziali per fanciulli tardivi o falsi anormali » (relatori on. Bascone e prof. Albertini); « Limiti della competenza dell'Opera Nazionale nei riguardi degli anormali psichici e morali » (relatore prof. De Sanctis); « Coordinamento dei servizi di assistenza ai fanciulli abbandonati traviati delinquenti fra O.N.M.I. e gli altri Enti Pubblici » (relatore S. E. Novelli); « Organi locali di tutela dei minori anormali traviati delinquenti » (relatore lo stesso R. Commissario).

Società italiana di fonetica biologica e di fonoiatria.

Si è recentemente ricostituita; avrà un programma di cultura fisiologica e sperimentale della voce e si occuperà di tutte le applicazioni alla patologia, alla terapia e alla prevenzione sociale delle malattie e dei difetti della parola. Il Consiglio della nuova Società è così costituito: presidente, prof. Silvestro Baglioni; vice-presidente, prof. Gu-

glielmo Bilancioni; consiglieri: prof. Giulio Panconcelli-Calzia e dott. Decio Scuri. Il Sodalizio terrà le sue riunioni in coordinazione di quelle della Società Italiana di Otologia, Rinologia e Laringologia.

Alla Società medico-chirurgica calabrese.

Nella seduta del 29 gennaio la Società Medico-Chir. Calabrese ha votato un o. d. g. in cui, dopo aver ricordato la legge che sancisce l'obbligo della denunzia di tutti i nati deformi, e aver affermato che Catanzaro è stata la prima Provincia d'Italia che ha provveduto al censimento dei bambini affetti da deformità congenite ed acquisite degli organi di movimento, mercè l'istituzione del Reparto Infantile dedicato al nome venerato di Chiara Bianchi, fa voti perchè sorga un Patronato che collabori con la Congregazione di Carità, coi Comitati Comunali dell'Opera Nazionale Balilla e con l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia a propagandare presso le famiglie degli infermi la necessità e l'utilità delle cure chirurgiche ortopediche.

Il prof. Aloi ha presentato un album illustrativo sulla istituzione del Reparto Infantile Chirurgico Ortopedico intitolato al nome di Chiara Bianchi con la documentazione di numerose fotografie eseguite prima e dopo i vari interventi sui bambini storpi censiti in Provincia di Catanzaro.

Corsi complementari d'igiene pratica.

Un corso bimestrale avrà luogo presso l'Istituto d'Igiene della R. Università di Torino (via Bidone 37) a partire dal 14 marzo; per le condizioni d'iscrizione rivolgersi all'Economato dell'Università.

Un altro corso è annunziato presso l'Istituto d'Igiene della R. Università di Milano (via Ospedale 5) a partire dal 20 aprile; tassa d'iscrizione L. 300, da corrispondere al Banco di Roma (piazza Missori).

5º Corso di cultura medica a Varese.

Si svolgerà dal 3 al 17 settembre, sotto l'egida, come al solito, dell'Istituto Interuniversitario Italiano e del suo presidente, sen. Gentile.

Saranno trattati i seguenti temi: Endocrinopatie; Affezioni reumatiche. Le lezioni saranno impartite da illustri docenti delle Università italiane. Le esercitazioni pratiche saranno tenute presso l'Ospedale di Varese dal direttore del corso, prof. Luigi Ponticaccia, al quale possono richiedersi schiarimenti.

Un corso di puericoltura a Varese.

La Federazione provinciale dell'Opera nazionale protezione Maternità ed Infanzia di Varese, d'accordo col locale Fascio femminile, ha stabilito un corso di puericoltura per le Giovani fasciste. Il corso avrà inizio col 1º marzo prossimo. Le lezioni, una alla settimana, avranno luogo nel salone dei Fasci femminili in via Sacco 10; le esercitazioni pratiche si faranno presso i consultori infantili del Fascio femminile e della Mutua sanitaria. Sono in programma anche visite al preventorio « Principessa di Piemonte » di Cantello ed agli Asili infantili della città. Alle lezioni ed alle esercitazioni pratiche presiederà la segretaria del Fascio femminile ed in assenza sua la signora Carolina Galvagni Piccinelli.

Missione argentina in Italia.

È venuta in Italia una missione argentina composta di 40 persone, allo scopo di rendersi conto dei progressi realizzati dal nostro Paese in molteplici campi di attività. Della missione fanno parte due illustri sanitari: il prof. G. Aráoz Alfaro, già capo del Dipartimento argentino d'igiene, e A. Marotta, professore di neurologia a Buenos Aires. Il prof. Alfaro ha annunziato una conferenza in una delle nostre università.

Il nuovo Policlinico di Palermo.

L'inaugurazione dei nuovi locali della Clinica neuropsichiatrica, avvenuta or è qualche tempo con un magnifico discorso prolusivo del prof. Colella, segna il primo passo nella costruzione del grandioso Policlinico palermitano, che sarà destinato esclusivamente a scopi didattici e costituirà una vera Scuola Medica. Esso è già in avanzata costruzione, nella zona Feliciuzza, su di un'area immensa, estesa 20 ettari; comprende 8 edifizi destinati a Cliniche (medica, chirurgica, ostetrico-ginecologica, dermo-sifilopatica, oftalmica, ortopedica, oto-rino-laringologica, odontologica) e varî edifizi destinati ad Istituti scientifici collaterali (anatomia umana normale e patologica, patologia medica, patologia chirurgica, medicina legale, farmacologia). Degli edifizi destinati alle Cliniche, sette sono già in avanzata costruzione od in via di rifinimento. I servizi saranno perfetti; tra l'altro, si è provveduto ad un sistema di fognature dinamiche autonomo.

Resta separata la Clinica neuropsichiatrica predetta, che sorge alla Vignicella, in rapporto con l'Ospedale Psichiatrico, il quale accoglie circa 3000 malati e può fornire un materiale copiosissimo e scelto.

Resta anche a parte l'Istituto d'Igiene, allogato in magnifici locali centrali, della via Divisi, il quale costituisce oggi una vera Scuola d'Igiene.

Centrali del latte.

Il Governatore di Roma ha deliberato l'istituzione di una Centrale del latte per il consumo entro la circoscrizione territoriale del Governatorato, nei termini che verranno stabiliti dall'Ufficio d'igiene e sanità. (Come Centrale funzionerà lo Stabilimento sito in via Principe di Piemonte 275).

* * *

È stato costituito un consorzio fra i comuni di Monza, Sesto S. Giovanni e Lissona per l'utenza della Centrale del latte di Monza. Con decreto del Prefetto di Milano il Consorzio è riconosciuto come Ente morale per il servizio di raccolta e distribuzione del latte pasteurizzato alla popolazione dei tre Comuni del Consorzio. Questo è il primo del genere istituito in Italia.

Mostra dei velivoli sanitari a Parigi.

Come ne demmo già notizia, nel salone dell'Aeronautica a Parigi vennero esposti alcuni tipi di velivoli adatti al trasporto d'infermi. Questi velivoli non erano in gran numero, ma richiamarono ugualmente l'attenzione dei visitatori e dei tecnici.

Segnaliamo: il monoplano Bloch, tutto metallico, adatto per servizi in colonia; il biplano Hanricot, metallico, con ali a rivestimento di tela;

il monoplano Blériot-Guilleim, in legno, con cabina sanitaria spaziosa al centro; il monoplano da turismo Bernard, trasformabile in velivolo sanitario, totalmente metallico, con motore da 120 cv., capace di trasportare tre passeggeri, oltre il pilota e con velocità massima di 195 km. Sono poi da considerare gl'idrovolanti per parecchi feriti e la Limousine sanitaria Potez 29, biplano per due feriti ed un infermiere, disposti in cabine sovrapposte; esso contiene anche un armadio per medicamenti. Il grande biplano O. 21 proviene dagli apparecchi da trasporto pubblici, tipo Golden-Ray; in servizio sanitario porta una cabina con due lettighe sovrapposte e un sedile per infermiere, mentre dietro la carlinga pel pilota una seconda cabina è capace di otto lettighe sovrapposte a due a due, ai lati della fusoliera; può raggiungere 120 km.

Per l'esercizio della medicina in Francia.

I giornali recano che il Senato francese ha approvato, nel testo che era stato modificato dalla Camera, una proposta di legge relativa all'esercizio della medicina in Francia. In base ad essa i medici e i chirurghi-dentisti non possono esercitare in Francia se non sono cittadini francesi e non possiedono il diploma di Stato francese di dottore in medicina. Tuttavia i paesi stranieri dove i medici francesi sono autorizzati ad esercitare la medicina potranno domandare al Governo francese delle autorizzazioni diplomatiche che dispensino, in alcuni casi, dalla nazionalità francese. Un pareggio dovrà essere stabilito tra il numero di tali medici stranieri che esercitano in Francia e quello dei medici francesi che esercitano in altri paesi.

Nella stampa sanitaria.

Ha iniziato la pubblicazione la « Revue médico-sociale de l'enfance », a periodicità bimestrale, destinata a far conoscere il meccanismo delle opere assistenziali, i loro bisogni, le loro finalità, la loro coordinazione; contiene studi, documenti e informazioni; è édita dalla libreria Masson & C.ie (boulevard Saint-Germain 120, Paris VIe); l'abbonamento importa fr. 30 per la Francia e 40 per l'Estero.

Un cordiale benvenuto.

Commemorazione di Baldo Rossi.

Nel primo anniversario della morte del compianto prof. sen. Baldo Rossi, il 20 aprile prossimo, verrà scoperta una lapide nella Clinica chirurgica da lui fondata e verrà istituita una borsa di studio per il perfezionamento in chirurgia. Le adesioni e le offerte vanno indirizzate al segretario dell'apposito Comitato, comm. rag. Umberto Pozzo, direttore della Segreteria della R. Università, corso Roma 10, Milano.

Per una vittima della scienza nel Giappone.

Il prof. Saibe, dell'Università di Niigata, nel Giappone, era morto l'anno scorso di febbre esantematica da zecche, tsutsugamushi, contratta nello studiare la malattia. Siccome egli aveva compiuto solo 15 anni di servizio, alla famiglia, che è rimasta quasi nell'indigenza, non spetta la pensione; ma il Governo, in seguito ad un appello della professione medica, ha stabilito di accordare alla famiglia una sovvenzione pari a quella assegnata ai militari che muoiono per causa di servizio.

Premio Carnegie a un medico.

È stata consegnata, pel tramite del Podestà, una medaglia con un diploma di benemerenza civile da parte della Fondazione Carnegie al dott. Vincenzo Angelillo, di Gioia del Colle, per un atto di valore da lui compiuto nell'agosto 1930.

Omaggio a due medici in Egitto.

Il 2 gennaio ebbe luogo ad Alessandria d'Egitto una cerimonia, presieduta dal barone F. de Ménasce, in presenza di numerose personalità cittadine. La comunità israelita, volendo testimoniare la propria gratitudine ai dottori Latis Bey e Borghi, i quali per molti anni prestarono la loro preziosa opera nell'antico Ospedale « Moharrem Bey », ha avuto la delicata attenzione di nominarli, durante questa cerimonia, rispettivamente chirurgo capo onorario e medico capo onorario del nuovo Ospedale Israelita « Sporting ». Al tempo stesso, il Consiglio comunale ha offerto al dott. Latis Bey la campana che per 38 anni ha annunziato il suo arrivo ai malati dell'antico ospedale « Moharrem Bey »; e al dott. Borghi una targa d'argento. Vennero tenuti discorsi dall'avv. Ticche, da Sua Eminenza David Prato e dai due festeggiati.

Chirurgo assolto.

Il Tribunale della Senna (1ª Camera) ha pronunziato sentenza di assoluzione nei riguardi del dott. Bazy, che aveva prestato le sue cure nell'Ospedale Laboisière di Parigi ad un infortunato, il quale, cadendo, si era lussato un dito; il chirurgo continuò poi le cure, con tentativi di riduzione e con un intervento cruento; ma il dito divenne anchilosato. Il paziente, certo Paul Delarue, chiedeva 200.000 franchi di danni-interessi; il Tribunale lo ha condannato alle spese.

Sanitari condannati in Spagna.

In seguito alla morte di 14 bambini dopo applicazioni di tallio per la cura della tigna, si è svolto in Spagna un processo contro i sanitari responsabili. Il Tribunale ha condannato un medico direttore di Sala a 2 anni, 4 mesi e 1 giorno di prigione, alla sospensione del titolo di medico e dei diritti elettorali; inoltre ha condannato il medico assistente della Sala, il farmacista che spedì la ricetta e l'infermiera a 500 pesete di ammenda ciascuno; tutti solidariamente alle spese.

Revisione della sentenza di condanna a morte di un medico in Germania.

I giornali hanno recato ampie notizie sulla imminente revisione di un processo che aveva portato a far condannare a morte un medico, dott. Richter, sotto l'accusa di aver avvelenato, mediante un'iniezione di strofantina, la propria amante, sig.ra Martens, gelosissima, cocainomane e da cui egli era perseguitato al punto che si era visto costretto a trasferirsi da Bonn a Brigen, dove però venne immediatamente raggiunto dalla implacabile paranoica. È emerso ora che la Martens, poco dopo l'iniezione praticatale dal Richter per soccorrerla da un attacco isterico con sintomi cardiaci,

ne ricevette altre due in ospedale e che altre ancora ne aveva ricevuto prima; si è riconosciuto inoltre che la strofantina, dosata nel cadavere, era insufficiente a provocare la morte; i sintomi non erano quelli di avvelenamento da strofantina. Il dott. Richter e il suo legale, Mannheimer, un reputatissimo penalista, hanno domandato al ministro Guardasigilli di sottoporsi alla stessa iniezione di strofantina, allo scopo di mostrarne l'assoluta innocuità.

Limitazioni al diritto di critica.

Il giudice conciliatore di una cittadina francese (Sainte-Mère-Eglise, dipartimento della Manica) ha condannato un agente regionale d'assicurazioni, il quale aveva messo in cattiva luce l'opera di un medico, chiamato a soccorrere un infortunato; la sentenza dichiara che l'agente d'assicurazione aveva oltrepassato il diritto di critica e si era ispirato a sentimenti di malevolenza.

Zelo fiscale.

Un radiologo di Besançon (Francia), invalidato dal lungo uso dei raggi e che da anni non esercita professionalmente, ha ricevuto un'intimazione di pagamento dall'agente delle tasse, al quale ha risposto inviandogli un pacchetto raccomandato contenente un dito che gli era stato amputato pochi giorni prima. Il funzionario ha deciso di sporgere querela contro il medico, per oltraggio; ma pare che la querela non avrà seguito.

Incendio in una Clinica di Cleveland.

Un grave incendio ha completamente distrutto la Clinica psichiatrica di Cleveland. Malgrado gli sforzi eroici del personale di assistenza e di servizio, nove ricoverati in preda a scene strazianti di terrore sono periti nelle fiamme. Il direttore dell'Istituto sospetta che l'incendio sia doloso, attribuendolo a vendetta da parte di un vicino agricoltore. È stata attivata un'inchiesta.

Delizie della natura.

Ha chiuso la sua triste esistenza a Vienna, in età di 80 anni, un soggetto completamente amelico; era nato in Russia e per interessamento dello zar Alessandro aveva appreso a scrivere, tenendo la penna tra la guancia e la spalla destra, di modo che trovò da impiegarsi, per un lungo periodo, presso un notaio, quale scrivano; poi aveva preferito di prodursi nei teatri di varietà.

Narcosi elettrica.

L'ing. Alversleben ha parlato, nell'aula magna del Politecnico di Berlino, in seno all'Associazione elettrotecnica, sull'azione narcotizzante della corrente elettrica, quando attraversa il cervello. L'effetto potrà ricevere applicazioni terapeutiche; intanto può valere per lo stordimento degli animali prima della mattazione; a tale scopo bastano correnti alternate con potenziale di soli 70 volta: in 12'' esse sono in grado di stordire qualsiasi animale, anche di mole.

All'avv. Giovanni Selvaggi, che ci onoriamo di avere nostro compagno di lavoro, va l'espressione della nostra commossa solidarietà nel dolore, per la perdita della adorata madre.

Indice alfabetico per materie.

C. Frugoni, Red. capo. A. Pozzi, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XL Roma, 6 Marzo 1933 - XI Num. 10

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

DIVISIONE CHIRURGICA DELL'OSPEDALE UMBERTO I DEL CIRCOLO DI MONZA

diretta dal Prof. A. CIMINATA.

Sulla terapia chirurgica dell'ittero grave intraepatico (epatogeno).

A proposito " dell'Ittero letale *ex emotione* di E. MARCHIAFAVA ,,. (*Policlinico* - Sez. Pratica, 1931).

Prof. ANTONINO CIMINATA, chirurgo primario.

Argomento discusso, controverso, certamente complesso, quello dell'Ittero grave epatogeno, fino a qualche anno fa dibattuto solo nei campi della patologia e della medicina interna.

La Chirurgia ne rimaneva estranea, essendo la sua sfera d'azione contenuta nelle vie biliari extraepatiche, dove effettivamente raccolse risultati sorprendenti, in virtù della grande opera costruita e lasciataci da quei chirurghi — in prima linea il Kehr — i quali, sviluppando la via tracciata da Langenbuch, che per primo eseguì l'ectomia della cistifellea, fondarono la chirurgia delle vie biliari su basi tanto solide, che tutt'oggi fanno testo quelle stesse norme direttive, quella stessa tecnica.

Ma, sviluppandosi — nel modo come realmente si è sviluppato — l'indirizzo biologico nelle chirurgiche discipline e vista la chirurgia non più nella sua azione demolitrice, ma nella sua azione rivolta a correggere od equilibrare difetti funzionali e vista pure nelle sue possibilità di esplorare — più profondamente che non le altre discipline — la fisiologia patologica degli organi ed apparati: la chirurgia non poteva restare ancora estranea alla terapia dell'ittero grave epatogeno. Sono di questi ultimi anni gli interventi chirurgici in questa grave forma morbosa, i quali hanno effettivamente raggiunto risultati talora straordinari, da meritare la massima attenzione e la più larga obbiettiva discussione non solo dai chirurghi, ma anche e sopratutto dagli internisti.

In genere si tratta di malati in cui accanto al sintomo fondamentale dell'ittero grave, presentano elevazioni termiche più o meno accen-

tuate, qualche volta accompagnate a brivido di freddo, con un'associazione di coliche epatiche tipiche, dolore alla regione epatica, feci scolorate o addirittura acoliche (su questo dato richiamo in modo speciale l'attenzione per l'importanza che assume in tutto il capitolo che stiamo a trattare) fegato di volume aumentato o diminuito. Nella forma più avanzata, poi, dominano i sintomi dell'insufficienza epatica manifestantesi in tutta la scala della sua gravità. Data questa sintomatologia è agevole immaginare quanto difficile riesca — nonostante tutti i sussidi diagnostici della clinica moderna — stabilire se si tratti — escluso per i noti sintomi clinici l'ittero emolitico — di ostruzione meccanica delle vie biliari extra epatiche, o di una malattia del parenchima epatico.

Per vero dire a questa incertezza diagnostica si deve l'inizio della chirurgia dell'Ittero epatogeno. È stato l'Umber — uno dei più noti studiosi dell'atrofia gialla del fegato — che, avendo fatto operare con diagnosi di calcolosi del coledoco dei malati che poi all'atto operativo presentarono il reperto di una atrofia giallo-acuta del fegato e avendone osservato un rapido miglioramento, consigliò in questa malattia l'intervento operativo onde creare, a suo dire, condizioni favorevoli di guarigione.

Vedremo fra poco in che cosa consiste quest'intervento e cercheremo di spiegarne il meccanismo di azione. Per l'analisi del quale trarremo profitto dal recente scritto di E. Marchiafava, sull'ittero letale *ex emotione*, dalla cui meditazione sorse l'occasione di scrivere queste pagine. Ma prima torna utile richiamare qualche punto che riguarda il substrato anatomo-patologico, su cui si svolge la sindrome dell'ittero grave epatogeno, nel senso largo della parola che racchiude anche quella forma morbosa tanto grave quanto oscura che è l'atrofia giallo-acuta del fegato.

Anzitutto occorre dire che l'antica teoria di Virchow dell'ittero catarrale — che per lunghi anni ha dominato in clinica e che tuttora gode largo credito fra i medici pratici — inteso come infiammazione ascendente catarrale delle vie biliari, di probabile origine gastroduodenale, con ostruzione, a causa dei prodotti infiammatori, della papilla di Vater, o delle vie biliari extra epatiche, ha perduto molto terreno da quando la fine indagine moderna ha attribuito al parenchima epatico la causa dell'ittero cosidetto catarrale (Rössle, D'Amato, Eppinger, v. Bergmann, Krehl).

Lasciando qui da parte la questione dell'origine del pigmento biliare — se cioè è prodotto dalla cellula epatica, secondo la teoria epatocellulare, ovvero se è prodotto in altri elementi e in altra sede e la cellula epatica avrebbe soltanto la funzione di eliminarlo, secondo la teoria anaepatocellulare — possiamo ritenere che l'ittero epatogeno sia dovuto ad una turbata funzione cellulare e sia dovuto altresì alla formazione di speciali trombi nei capillari biliari. Questi trombi, secondo alcuni Autori, non sono altro che bile ristagnante, secondo altri sono formati da sostanza ialina imbevuta di bile; e perciò, a somiglianza dei cilindri ialini del rene, sarebbero l'espressione di una alterazione della cellula epatica. Nella descrizione dei reperti anatomo-patologici di Marchiafava, a proposito dei suoi casi di ittero letale, si trova appunto ammessa sia l'abnorme funzione della cellula epatica nel senso della cosidetta parapedesi della bile, sia la formazione di trombi biliari.

Con ciò non si esclude la possibilità che l'infiammazione delle vie biliari (colangite) provocando ostruzione meccanica sia causa di ittero, ma in questi casi ci si chiede se alla colangite non si accompagni pure una abnorme funzione delle cellule epatiche. Un siffatto quesito ci riporta ad un fondamentale capitolo della patologia epatica, quello dei rapporti fisiopatologici fra parenchima epiteliale e parenchima mesenchimale. Si è indagato, specialmente in questi ultimi anni, sulla sede in cui agiscono, in primo tempo almeno, i fattori etiologici delle varie malattie del fegato, se cioè colpiscono di più la parte mesenchimale, dando luogo alle cosidette epatiti, ovvero la parte epiteliare, provocando — ad analogia di quanto si è ormai d'accordo per le nefrosi del rene — una epatosi.

In questo vasto e complesso studio, la patologia sperimentale e sopratutto l'anatomia patologica, hanno portato una grande quantità di conoscenze nuove e hanno ribadito concetti già antichi; gli uni e le altre non è possibile accennare nel breve spazio di questa nota. Dirò soltanto che Rössle, l'anatomopatologo che ha così profondamente studiato la patologia epatica, afferma essere l'epatosi soltanto un'espressione anatomica accompagnantesi o non all'epatite.

E se ciò viene suggerito dall'anatomia patologica, per quanto riguarda la clinica possiamo dire ugualmente che a letto dell'ammalato la distinzione tra epatite ed epatosi è appena possibile. *Per la clinica si adatta meglio il concetto unitario biologico, che racchiude i due parenchimi in un vincolo tale che dall'armonica funzione di ciascuno di essi deriva la nor-*

male funzione dell'organo e altresì il concetto unitario nosologico che l'alterazione dell'uno dei due parenchimi influenzi l'attività funzionale dell'altro.

Secondo questo ordine di idee, il concetto di epatopatia risponde meglio alle esigenze cliniche. Diciamo di più. A questa concezione clinica dà il suo autorevole consenso il Marchiafava con parole (vedi scritto sopracitato) che suonano vittoriosa conquista dell'indirizzo biologico nelle nostre discipline, nel senso concepito da Morgagni prima, da Virchow dopo (1). Egli commentando il reperto isto-patologico dei suoi casi di ittero letale ex emotione dice: «... ciò dimostra come la *denominazione clinica di ittero maligno sia preferibile a quella anatomo-patologica di atrofia giallo acuta del fegato*, la quale può mancare, pure esistendo l'alterazione necrotica diffusa, e inoltre perchè si aggiungono alterazioni regressive di altri organi, talora più gravi, la cui fisiologia patologica domina la forma clinica come nel secondo caso dove alla necrosi non diffusa, ma disseminata del fegato, si aggiungeva una gravissima alterazione dei reni prevalentemente degenerativa ».

Ittero grave, dunque, ittero maligno, intraepatico o epatogeno che dir si voglia, che esprima un'alterazione del fegato, (inteso questo nel suo complesso mesenchimale ed epiteliale) causato da agenti etiologici vari, che pervengono per via della vena porta o per via dell'arteria epatica o per via dei dotti biliari, o — qualora si accetti la possibilità di una embolia retrograda — per via della vena cava. E fra gli agenti etiologici si aggiungano pure gli stimoli nervosi abnormi, promossi da violente emozioni dell'animo, come nell'ittero letale ex emotione.

Questi agenti hanno per effetto di alterare le più importanti funzioni della cellula epatica: ricambio dei carboidrati, dei grassi, delle proteine, la funzione disintossicante, la funzione secretiva biliare, e di indurre le più svariate alterazioni anatomiche, dalla semplice reazione infiammatoria dello stroma, all'edema acuto diffuso (ricordiamo che nel fegato in luogo della infiammazione purulenta acuta, quale si osserva in altri tessuti, si vede di frequente un edema diffuso tossico che, secondo Roessle può essere considerato come un'epatite acuta diffusa), alle alterazioni dei mitocondri, alla deiscenza delle singole cellule, alla pericolangite, alla colangite, ai trombi biliari, alla degenerazione grassa e infine alla necrosi delle cellule epatiche.

(1) A proposito di questo capitolo della patologia epatica nel quale Marchiafava, da gran maestro, indaga le sindromi cliniche con pensiero di biologo e di patologo, egli ci addita Morgagni, che soleva risalire dall'anatomia patologica degli organi alle perturbazioni funzionali e alla spiegazione dei sintomi e con animo accorato dice: « Se, come ho detto altrove, nella via luminosa aperta da Morgagni, il grande riformatore della medicina come lo chiamò R. Virchow, fossero entrati in Italia tutti quei medici che, sul finire del secolo XVIII e nella prima metà del secolo XIX vissero preclari per ingegno e per operosità, nella convinzione che fosse la sola rivelatrice di verità e conducente al progresso reale della medicina, molto probabilmente l'Italia avrebbe continuato a tenere il primato con quegli avanzamenti che si compivano in altre nazioni ».

Pir. Gatti Maria, a. 35. Nella anamnesi ascendente: il padre morto a 42 anni per malattia cerebrale, diagnosticata, pare, come meningite; la madre è vivente e tutt'oggi, all'età di 69 anni, gode ottima salute.

Nella anamnesi collaterale: un fratello morto a 18 anni per tifo; altri sette fratelli e sorelle sono viventi e godono tutti buona salute.

L'anamnesi personale remota non denunzia alcuna malattia di speciale importanza nè nella fanciullezza, nè nell'adolescenza. Mestruò a 15 anni e le mestruazioni si succedettero poi con regolarità.

All'età di 21 anni andò a marito con uomo sano ed ebbe subito la prima gravidanza, la quale decorse bene sino al settimo mese. In quest'epoca una sera ricevette una cattiva notizia (il marito era stato licenziato dal posto che occupava) per cui rimase fortemente scossa e cadde in un profondo abbattimento morale. Al mattino i famigliari si accorsero che era diventata di colore itterico e dopo qualche ora sopravvennero le doglie del parto: a sera partorì una bambina che pur contando appena sette mesi rimase viva e crebbe sana come lo è tutt'ora. Il colorito itterico persistette per una settimana e poi scomparve.

Dopo venti giorni — durante l'allattamento della bambina — subì altra grave emozione che le provocò un singulto che ostinatamente persistette per 24 ore. Scomparso questo molesto sintomo si manifestò un violento dolore all'ipocondrio destro con irradiazione alla spalla destra e al dorso, dolore diagnosticato dal medico come colica epatica. Il dolore si prolungò per 8 ore, indi cominciò a diminuire per poi cessare del tutto. Non ricorda se durante la colica o dopo sia diventata itterica.

Negli anni seguenti ebbe tre altre gravidanze, due delle quali condotte a termine ed una interrottasi spontaneamente al settimo mese per feto già morto. I due bambini nati a temine morirono, uno al 5° e l'altro al 4° mese per malattia dell'apparato digerente o polmonare. *Durante tutto il periodo di tutte le gravidanze la nostra malata era tormentata da prurito nel corpo che cessava solo a parto espletato. E, altro fatto importantissimo, verso l'ultimo mese di ogni gravidanza, diventava un po' itterica in tutto il corpo comprese le sclere oculari; dopo il parto l'itterizia scompariva.*

E veniamo all'ultima gravidanza iniziatasi quattro anni fa, durante la quale oltre al prurito si

manifestarono coliche epatiche, con ittero di modica intensità, succedentisi ad intervalli brevi, di un mese circa. Partorì una bambina sana. Dopo qualche ora dal parto un ciclone violento infuriò sull'abitato, schiantando piante, abbattendo case a facendo molte vittime. Essa provò un grande spavento aggravato dalla circostanza di non poter abbandonare il letto e mettersi in salvo. Divenne subito di colore itterico e questa volta più intensamente. Dopo tre giorni l'itterizia cominciò a decrescere e quindi scomparve.

Dopo sei mesi ebbe un'altra colica epatica, a tipici caratteri, la quale durò tutta una notte, ma senza ittero. Il medico curante che aveva in passato prospettato l'eventualità di un intervento operativo dichiarò essere ormai necessaria l'operazione e inviò l'ammalata all'ospedale. Quivi fu eseguito da altro chirurgo una stomia della cistifellea, furono estratti trenta calcoli di piccolissima dimensione e fu posto uno zaffo. Durante le medicazioni furono estratti altri trenta calcoli e dalla ferita ampliamente drenata, non cessò mai di fluire la bile. La fistola biliare si chiuse dopo tre mesi. Durante tutto questo periodo non ebbe mai ittero.

Dimessa dall'ospedale guarita, rimase per tre anni circa senza avvertire nessun disturbo.

Un giorno del settembre 1931 subì un violentissimo patema di animo per una notizia che improvvisamente veniva ad infrangere la pace in famiglia. Ne restò abbattuta e, per così dire, impietrita. Al giorno dopo insorse dolore al fegato, di lieve intensità e irrequietezza. Le sue sofferenze erano aggravate dal digiuno a cui deliberatamente si sottopose per molti giorni. Non si manifestò ittero. Dopo qualche mese, il 28 dicembre, ebbe una tipica colica epatica (la prima dopo l'intervento operatorio) durata quattro ore, non accompagnata nè seguita da ittero. Questo, si presentò dopo qualche settimana accompagnandosi a dolore al fegato e durò solo tre giorni. L'ammalata riporta la causa di quest'ultima crisi itterica a dispiaceri gravissimi famigliari.

Con gli stessi caratteri e della stessa durata l'ittero si presentò ancora per altre due volte dal gennaio all'aprile 1932. Nei primi di aprile l'ittero si manifestò più fortemente e andò a poco a poco aumentando di intensità fino a che, ridotta in grave stato, chiese ricovero nella nostra Divisione Chirurgica.

Quivi arrivata fu constatato che le urine erano intensamente itteriche, le feci completamente scolorate. L'addome palpabile ed indolente in tutti i quadranti. Nell'ipocondrio destro si palpava il margine epatico che non appariva ingrandito ed era indolente. Si attese qualche settimana per espletare tutte le cure mediche ma le condizioni continuavano a peggiorare; l'ittero diventava sempre più intenso: aveva già oltrepassato la fase del colore giallo canarino e diventava giallo oscuro; nel mentre comparivano emorragie gengivali, la nausea, il vomito e il polso diventava sempre più piccolo; la temperatura si mantenne sempre nei limiti quasi normali.

Durante tutto il periodo della degenza le feci si mantennero costantemente acoliche.

Nella notte precedente all'operazione l'ammalata si aggravò a tal punto che al mattino gli assistenti, annunciandomi il rapido aggravarsi della malata, dubitavano che potesse sopportare un atto operativo.

L'intervento operativo venne ugualmente praticato, nonostante che il caso si presentasse in condizioni disperate, perchè la malata aveva insistentemente implorato l'operazione.

Operazione (20-IV-1932 (prof. Ciminata). — In narcosi eterea, incisione obliqua al di sotto dell'arco costale destro. Aperto il cavo peritoneale il fegato appare di grandezza normale o forse lievemente diminuita, con superficie poco liscia e di consistenza dura. La cistifellea sclerotica, piccola, aderente al duodeno. Le vie biliari non appaiono dilatate e per questa ragione non sono facilmente riconoscibili. Si pratica la loro sistematica palpazione onde individuare eventuali calcoli; procedendo con metodo dal duodeno all'ilo epatico non se ne sentono. Si comincia allora a preparare la cistifellea staccandola dalle aderenze circostanti. La si apre: contiene scarsa quantità di liquido scuro e due piccoli calcoli. Si tenta di sondare il cistico, ma questo risulta obliterato. Si asporta allora la colecisti. Indi si procede all'apertura delle vie biliari.

Non potendosi arrivare al coledoco per la via del cistico si apre il coledoco. Si noti a questo punto che questa apertura non è stata facile per il fatto che non si vedevano i dotti biliari come si è solito vederli quando sono pieni di bile.

Aperto il coledoco non esce affatto bile. S'introduce la sonda metallica da calcoli e si esegue la esplorazione verso il duodeno e verso il fegato. Essa risulta completamente negativa. La sonda oltrepassa la papilla di Vater ed entra in duodeno senza incontrare ostacoli ed ugualmente nessun ostacolo incontra allorquando è rivolta verso l'alto, nel dotto epatico. Da questo dotto non esce bile; neanche quel liquido chiaro che suol chiamarsi bile bianca. *Questo reperto di assenza completa di bile pur trovandosi pervi i dotti biliari epatico e coledoco*, da una parte spiegava la scarsa ampiezza di questi dotti e quindi la difficoltà a riconoscerli, ma dall'altra faceva riferire al parenchima epatico la causa dell'ittero.

Si pensò allora di praticare il drenaggio del dotto epatico. Per effettuare ciò s'introdusse, attraverso la breccia fatta nel coledoco, un catetere Nelaton N. 16, il quale fu fatto risalire per otto cent. circa al di sopra dello sbocco del cistico. Con un punto in catgut fu fissato il tubo alla parete dell'epatico. Si pose altresì un drenaggio di garza intorno al tubo.

L'operazione durò 45 minuti.

Le condizioni generali persistettero gravi dopo l'operazione.

Dal drenaggio epatico non usciva alcuna goccia di bile, nè la medicazione era macchiata di bile. In tale stato è rimasta per oltre due giorni. Soltanto alla fine della terza giornata è uscita dal drenaggio qualche goccia di bile.

Nel giorno successivo si poterono raccogliere appena 20 cmc. di bile. Però cominciarono a migliorare le condizioni dell'ammalata.

Nei giorni seguenti la secrezione biliare andò aumentando, ma di poco e progressivamente. La bile, fin dal primo giorno era gialla, chiara, senza muco nè pus.

In decima giornata la quantità giornaliera di bile raggiungeva i cento cmc. circa e tale rimase per altri giorni. Le feci, sempre acoliche.

In 12ª giornata la quantità giornaliera di bile raggiunse i 200 cmc. e le feci rimanevano acoliche. Le condizioni generali dell'ammalata miglio-

ravano lentamente, ma progressivamente; si nutriva, il prurito diminuiva e l'ittero accennava a decrescere.

In 13ª giornata fu rimosso il Nelaton tirandolo fuori di 8 cm. circa, cioè di quanto si supponeva fosse nell'interno del dotto epatico.

In 22ª giornata: la quantità giornaliera di bile raggiunse i 300 cmc. e le feci si dimostrarono un po' colorate.

Nei giorni successivi la bile che usciva dal Nelaton era già ridotta di quantità, mentre le feci diventavano più colorate.

Nei giorni seguenti, le condizioni generali migliorarono sempre di più, mentre le feci diventavano colorate e la colorazione itterica cutanea andava lentamente decrescendo. Le urine perdevano a poco a poco il colore itterico.

La fistola biliare si chiude definitivamente in 30ª giornata. Si dimette ai primi di giugno in ottime condizioni.

Il 15 luglio (*3 mesi dopo l'operazione*): *nelle urine il reperto dei pigmenti biliari è negativo e negativo è quello per la urobilina;* è aumentata di peso; la tinta itterica però, persiste alquanto.

Si rivede l'ammalata *dopo 8 mesi*. Non ha avuto alcuna sofferenza, le condizioni generali sono ottime; è ritornato il suo normale colorito.

I tratti più salienti della storia clinica sono i seguenti:

1) Una storia di ittero che insorge in seguito a forti emozioni e che dura pochi giorni. Il manifestarsi durante gli ultimi giorni di tutte e cinque le gravidanze di un lieve ittero che scompare subito dopo il parto.

L'ostinatezza del sintomo prurito cutaneo che accompagna dal primo all'ultimo mese tutte e cinque le gravidanze.

2) Il sovrapporsi a questi sintomi di una sintomatologia di coliche epatiche calcolose che furono curate con la colecistostomia ed estrazione dei calcoli.

3) Il presentarsi, dopo tre anni circa, di una sintomatologia dolorosa epatica che culminò in una forma di ittero grave, con acolia delle feci e insufficienza epatica.

4) All'atto operativo si trovò il fegato alquanto diminuito di volume, le vie biliari extra epatiche completamente pervie, vuote di bile e ben sondabili in tutto il percorso, dallo sfintere di Oddi ai dotti epatici.

5) L'operazione consistette nella colecistectomia, preparazione dei dotti biliari, apertura del coledoco, sondaggio del coledoco e dell'epatico drenaggio del dotto epatico: applicando un catetere Nelaton N. 16.

6) Soltanto in terza giornata dopo l'operazione si stabilì l'inizio della secrezione biliare, che nei giorni successivi andò a poco a poco aumentando, mentre le condizioni generali miglioravano sensibilmente, fino a completa guarigione.

***

Quale il meccanismo col quale esercitò la sua benefica influenza l'atto operativo? E, anzitutto, quale la causa dell'ittero grave nel nostro caso?

Esaminando quest'ultimo esito occorre dire qualche cosa sulle recidive, per vedere se il caso non rientri in questa categoria. Le recidive, in genere, sono dovute a calcoli, o ad aderenze, o a processi infiammatori e si manifestano sotto forma di coliche. I calcoli hanno sede nel coledoco o nell'epatico (per lo più si tratta di recidive dopo colecistectomia), le aderenze si sviluppano intorno all'ilo del fegato e ostacolano il deflusso delle vie biliari; i fatti infiammatori possono estendersi in alto fino ai piccoli vasi biliari dando luogo alla colangite più o meno diffusa. Nel nostro caso, calcoli non se ne trovarono nè nell'ampolla di Vater, nè nel coledoco, nè nell'epatico. Si trovò la cistifellea piccola, di aspetto cicatriziale, con cistico obliterato, con note evidenti di pregressa infiammazione; nell'ilo del fegato non si trovarono aderenze tali da costituire un ostacolo al deflusso della bile: *le vie biliari, come si è detto, si trovarono vuote e pervie*, tanto da lasciar passare il catetere per il drenaggio. E per quanto riguarda le cosidette recidive da fatti infiammatori, non abbiamo elementi per ammetterla; qui merita ricordare che mancò anche quel reperto di bile mista a pus e a muco, che si è solito vedere nei casi di colangite, nè si osservò la cosidetta bile bianca; la bile che è cominciata a venir fuori in terza giornata dopo l'operazione e che denunziò lo stabilirsi della secrezione epatica era bile gialla, senza avere affatto i caratteri di bile infetta.

Per tutto ciò non si può inserire il nostro caso nel quadro delle cosidette recidive. Piuttosto è da considerare una certa vulnerabilità della funzione epatica biliare da parte di eccitamenti abnormi, quali possono essere i violenti patemi d'animo, e di condizioni fisiologiche speciali quale può essere la gravidanza. Gli uni e le altre furono capaci di provocare ad intervalli, in forma fugace e per lungo andare di anni, l'ittero epatogeno. Sopra questo substrato fisiopatologico si sovrappose la litiasi con le tipiche coliche epatiche e il reperto calcoloso trovato alla prima operazione.

Ma la colecisti alterata rimase in sito e, con verosimiglianza, costituì un focolaio di flogosi cronica che diede origine — in un fegato alterato già nella sua funzione biliare — ad un processo di epatopatia (inteso nel senso dianzi prospettato, del vincolo anatomo-funzionale,

che lega tra di loro i due parenchimi, l'epiteliale e il mesenchimale) che culminò in un ittero grave, maligno.

E sul fegato esplicò la sua sfera di azione l'intervento operativo, in modo da ristabilire la funzione biliare. E dico funzione biliare, astrazion facendo dal conferire all'elemento cellulare una semplice funzione secretoria del pigmento biliare, come vorrebbero i fautori della teoria anaepatocellulare della bilirubina; o insieme una funzione di produrre il pigmento stesso secondo la teoria epatocellulare. Ma pur prescindendo da ciò, nel nostro caso e in casi simili, si affaccia tuttavia una domanda: quell'abbondante pigmento che si accumula nel sangue e che si elimina per le urine, dove si produce dal momento che il fegato si è trovato completamente vuoto di bile? Non potrebbero essere invocati proprio questi casi, in appoggio alla teoria anaepatocellulare del pigmento biliare? Esce dai ristretti limiti di questa nota addentrarmi nella tanto dibattuta questione dell'origine della bilirubina. I lavori della scuola di Zoia, che da decenni studia l'ittero con profondità di dottrina e critica obbiettiva, sono molto conosciuti e ad essi si possono attingere tutte le notizie che interessano. Ma non posso fare a meno di ricordare che la maggioranza degli autori accetta la teoria epatocellulare della formazione della bilirubina, ammettendo la quale si deve ritenere che l'alterazione epatica, sia che abbia sede nei capillari biliari, o, nell'interno della cellula epatica, non arrivi al punto di annullare completamente la funzione elaboratrice, ma si limiti soltanto a turbarne l'escrezione col risultato di uno spostamento della bile verso il polo ematico della cellula, anzichè verso il polo biliare (parapedesi della bile).

Gli è che nel nostro caso, mancando il reperto istologico del parenchima epatico, non siamo a conoscenza del grado e dell'estensione delle alterazioni epatiche e quindi non possiamo avanzare un giudizio sulla capacità delle cellule epatiche a produrre bilirubina, ma, se per un momento consideriamo i reperti istopatologici dei casi di atrofia giallo acuta, compresi quelli di Marchiafava, rileviamo che alla obbiezione secondo la quale nei casi di atrofia giallo-acuta del fegato, il pigmento non si dovrebbe formare più e di conseguenza non ci dovrebbe essere ittero, dal momento che ne è abolito il laboratorio di produzione, si può rispondere che accanto a zone di atrofia rossa — che caratterizza la necrosi già avvenuta delle cellule — vi sono zone di atrofia gialla che è caratteristica della degenerazione grassa, ma, accanto a queste due zone, se ne vedono altre di rigenerazione, di modo che resta sempre una parte di parenchima epiteliale capace ancora di produrre bilirubina. Infine, non appare fuori di luogo l'ipotesi che nei casi di ittero grave intra-epatico il ricambio emoglobinico venga spostato — per legge di compenso — verso una diminuita emolisi.

Ad ogni modo, pur lasciando impregiudicata la questione dell'origine della bilirubina, è certo che la causa dell'ittero della nostra malata fu epatogena.

Ed ora esaminiamo l'altro punto e cioè il meccanismo di azione col quale l'atto operativo determinò la guarigione.

Vediamo intanto quello che si conosce già sull'argomento: i primi interventi nei casi di ittero grave epatogeno, furono, come ho detto già, tentati da Umber.

Dopo questo autore Huber e Kausch (1920) comunicarono che un caso di atrofia giallo-subacuta guarì in seguito alla laparatomia esplorativa.

Tietze e Winkler (1922) ottennero buoni risultati impiegando in alcuni casi di atrofia giallo-acuta il drenaggio del coledoco.

Braun (1922) afferma che nei casi di grave affezione del parenchima epatico, sia o non in discussione una colangite ascendente calcolosa, deve esser tentato il drenaggio dell'epatico e soggiunge che allo stesso tentativo si è autorizzati — pur con minore probabilità di successo — nell'atrofia acuta del fegato.

Schlegel in uno studio statistico fino al 1926 raccoglie 41 casi di ittero grave epatogeno trattati con il drenaggio delle vie biliari; di essi 24 (58 %) guarirono.

Divis e Slanina (1927) sono anche loro d'avviso che il drenaggio dell'epatico è di grande giovamento nell'ittero grave e lo stesso parere esprime Frangenheim nella sua pubblicazione (1929) in cui ricorda i casi di Hoffmann e ne aggiunge altri; tutti con buon esito.

Hoffmann (1929) riferisce sei casi di ittero intraepatico guariti mediante il drenaggio dell'epatico. Di essi riporta anche l'esame istologico del fegato (biopsia) col quale si trovò in alcuni casi un processo di necrosi centrale del lobulo epatico, in altri, un processo di colangite intra-epatica, in altri ancora, semplici infiltrazioni periportali senza alterazione delle cellule nè dei dotti biliari.

Backaus (1929) riferisce su alcuni malati di ittero grave con acolia delle feci e gravi sintomi di insufficienza epatica operati di drenaggio delle vie biliari e guariti. E soggiunge che tutti andarono all'operazione con diagnosi di

occlusione del coledoco e colangite, mentre all'atto operativo si rinvenne la cistifellea normale, le vie biliari vuote di bile, del tutto pervie, con mucosa normale e, all'esame istologico del fegato (biopsia), si trovò in qualche caso, il reperto tipico dell'atrofia gialla del fegato, in altri solamente le note del rigonfiamento torbido e in altri ancora non si trovò nessuna alterazione. (Questa gamma di reperti isto-patologici confermano quello che dianzi è stato detto circa il concetto clinico di epatopatia).

E finalmente Haberer (1932) pubblica 12 casi di ittero grave epatogeno operati di colecistostomia e tutti guariti.

Riassunte in tal modo le scarse notizie che si hanno su questo argomento, che, del resto, è solo da recente oggetto di studio, credo di poter inserire il mio caso fra quelli pubblicati dagli autori sopradetti. Se ne differenzia però in quantochè l'ittero grave si manifestò secondariamente ad una colecistostomia per calcolosi, ma ciò non toglie che esso sia dovuto ad una alterazione del parenchima. Anche il risultato felice conseguito con l'operazione di drenaggio dell'epatico rientra bene nella cornice del quadro che racchiude i risultati brillanti ottenuti con la stessa operazione dagli altri autori.

La prima idea che spontaneamente sorge dal concetto stesso di drenaggio è quella di una derivazione della bile, secondo il principio fisico di capillarità, ragion per cui il fegato, vuotando più agevolmente il suo prodotto di secrezione, si troverebbe nelle migliori condizioni per rigenerarsi. Ed è ovvio pensare che il drenaggio torni ancor più utile allorchè la bile da drenare sia infetta. Se si riflette, poi, alla tossicità dei prodotti di necrosi delle cellule epatiche e al fatto che tali prodotti eliminandosi con la bile raggiungono l'intestino e per riassorbimento pervengono nuovamente al fegato costituendo nuovo materiale tossico per il parenchima epatico, il drenaggio dell'epatico avrebbe anche il vantaggio di eliminare il circolo vizioso di tali prodotti tossici.

Tutto ciò presuppone che la bile da essere derivata col drenaggio, esista già, sia pure in poca quantità. Ma nei casi in cui non c'è affatto bile, per la ragione che il fegato non la secerne più, e non c'è neppure bile bianca, — quella bile, cioè, mancante di pigmenti biliari, ma che pure rappresenta un prodotto di secrezione epatica — in questi casi, diciamo, come il nostro e come i casi descritti da altri autori, il drenaggio non ha nulla da drenare; e poichè vediamo apparire la bile, dopo qualche giorno, tal'ora dope tre, quattro giorni, non possiamo fare a meno di ammettere che il drenaggio abbia favorito la secrezione della bile.

Una benefica influenza del drenaggio esterno delle vie biliari, in realtà, è ammessa già da molto tempo. Introdotto per primo da Kehr nelle operazioni per calcolosi del coledoco, il drenaggio dell'epatico e del coledoco trovò proseliti nella prima èra della chirurgia delle vie biliari, ma andò perdendo terreno man mano che la chirurgia addominale, perfezionandosi nella tecnica, tendeva ad eliminare tutti i drenaggi causa sovente di stritture dei dotti, di aderenze, di emorragie. Kehr, però, difese fino all'ultimo il drenaggio dell'epatico e con la sua grande autorità proveniente dall'esperienza di migliaia di operazioni affermò che da quando cominciò a praticare il drenaggio del dotto epatico, i risultati delle operazioni sul coledoco migliorarono notevolmente, e la mortalità si abbassò dal 10 % al 3 %. Nelle sue parole: « Io applico il drenaggio del dotto epatico affinchè possa defluire all'esterno la bile e non — come mi si vuol far dire — affinchè i calcoli vengano fuori attraverso il tubo » s'intuisce il suo pensiero sul meccanismo di azione del drenaggio epatico al quale rimase sempre fedele.

E poichè abbiamo accennato al Kehr vale la pena di leggere attentamente gli aurei volumi nei quali è doviziosamente profusa la sua vasta esperienza di mille laparatomie per operazioni sulle vie biliari e in cui sono riportati con tanto lusso di particolari i protocolli clinici dei suoi operati (volumi che, a dire di Walzel, rappresentano la Bibbia in materia di chirurgia biliare), per vedere di trovare qualche caso che si avvicini al nostro.

Se ne trovano solo due. Li accenno brevemente: In una giovane donna operata di calcolosi, non uscì bile dal dotto epatico. Egli dice: « È sorprendente come dall'epatico non sia uscita bile: il fegato era così insufficiente, le cellule epatiche talmente disturbate nella loro funzione che non secernevano più » e aggiunge: « nei giorni successivi all'operazione dalla fistola esce appena poca bile sebbene il drenaggio sia ben funzionante ».

In un'altra giovane malata, operata di calcolosi del coledoco trovò le vie biliari pervie, anzi fa notare la facilità con cui potè introdurre un tubo nel dotto epatico; ma poi, a carattere più grosso dice: « Dal drenaggio epatico come dal drenaggio del coledoco non uscì affatto bile per le prime 24 ore ».

In data del giorno successivo all'operazione

aggiunge: « dal drenaggio epatico esce pus verdastro » e, in terza giornata: « fuoriesce bile torbida ».

Questi due casi dimostrano che la secrezione epatica, che era già abolita, si ristabilì in seguito al drenaggio del dotto epatico. E sebbene lo stesso Kehr non abbia dato a ciò molto peso, pure essi costituiscono per noi i primi dati che scuotono la concezione semplicemente meccanica del drenaggio, nel senso di derivazione all'esterno della bile.

Ci sarebbe da domandarsi come mai nella sua immensa statistica di operazioni delle vie biliari, si trovino solamente due casi di questo genere, là dove, in questi ultimi anni — come abbiamo riferito — si sono presentati ai chirurghi una certa quantità di siffatti reperti operativi. Si può spiegare ciò pensando alla crescente fiducia nella chirurgia e quindi alla maggiore estensione che vien data oggi alla laparatomia esplorativa; ma può dipendere altresì dal tempo e dalle condizioni ambientali in cui cadono la osservazioni, essendo nota l'influenza dell'uno e delle altre sui fatti inerenti alla etiologia e alla patogenesi delle malattie.

Comunque, ritornando al drenaggio del dotto epatico, è certo che Kehr lo usò per derivare all'esterno la bile infetta e realmente ne è chiaro, da questo punto di vista, il vantaggio. Ma al drenaggio può attribuirsi una azione sulla secrezione epatica?

Esaminiamo intanto, quali fattori governano la secrezione biliare. Il fattore circolatorio è stato da lungo tempo ammesso come il **più** importante e anche il fattore umorale-ormonico ha occupato ed occupa tuttora un posto notevole nel determinismo della secrezione epatica. Al fattore nervoso, invece, fu negata in passato qualsiasi azione. Solo nel 1925 Eiger e Asher poterono dimostrare sperimentalmente che la stimolazione intratoracica del vago e precisamente al di sotto dei rami cardiaci, favorisce ed affretta la secrezione biliare con azione diretta — secondo gli autori — sulle cellule epatiche. Gli stessi autori credono, inoltre, che il simpatico abbia azione antagonista: una stimolazione di esso provoca rallentamento della secrezione biliare. Ma per quanto le esperienze di Eiger siano sotto tutti i riguardi attendibili, l'influenza nervosa diretta sul determinismo della secrezione epatica, non raccoglie l'unanime consenso, mentre, invece, lo raccoglie l'influenza nervosa sul determinismo dello svuotamento della bile nell'intestino.

Però sta di fatto che al parenchima epatico pervengono fibre nervose le quali decorrono fra i filari delle cellule epatiche e pertanto sembra logico pensare che il sistema nervoso abbia, insieme agli altri fattori, una azione sulle varie funzioni del fegato compresa quella biliare.

Oltre a ciò ci sono delle osservazioni cliniche che fanno ammettere l'influenza del sistema nervoso nel determinismo della secrezione epatica: sono quei casi in cui una forte emozione provoca l'itterizia. Qui ricordiamo i casi di ittero letale acolico *ex emotione* di Marchiafava, i quali riconoscono in una violenta emozione dell'animo il primo movente del processo morboso fino all'esito letale, con il reperto anatomo-patologico di una atrofia giallo-acuta del fegato, senza che il fegato fosse diminuito di volume e con una completa pervietà delle vie biliari extra epatiche le quali si presentavano — notisi bene — vuote di bile.

Ed è appunto quest'ultimo particolare che ha importanza grande poichè la mancanza di bile epatica scuote l'ipotesi patogenetica di uno spasmo delle vie biliari, quale causa dell'ittero. Questa ipotesi dello spasmo ha trovato consistenza sopratutto per tutte quelle ricerche cliniche e sperimentali compiute sull'innervazione delle vie biliari — specialmente in questi ultimi anni con l'aiuto dei raggi X — e che ormai hanno dimostrato la grande influenza del sistema nervoso vegetativo sullo svuotamento della bile nell'intestino.

Ma in clinica l'ipotesi di uno spasmo delle vie biliari, indotto da un patema d'animo e tale da produrre un ittero maligno letale, non riesce comprensibile. Ecco come Marchiafava commenta il passo riferentesi all'ipotesi patogenetica nei suoi casi: « Quando la manifestazione dell'ittero è tardiva e specialmente nell'ittero emotivo grave con esito letale, non si può rimanere nell'ipotesi dello spasmo delle vie biliari e di perturbazioni vasomotorie; ma è necessario di pensare all'intervento di altri fattori patogenetici fra l'emozione e la manifestazione dell'ittero, i quali agiscano nell'organo di secrezione della bile. E Morgagni dice precisamente che i patemi d'animo possono provocare l'itterizia per la loro azione nociva sopra i nervi delle vie biliari e sanguigne del fegato e sull'organo stesso della secrezione (in secretorio ipso intimo) cioè su quel complesso cellulare cui spetta la formazione del pigmento biliare ».

Per tutte le considerazioni esposte appare verosimile l'ipotesi che nel nostro caso il drenaggio tubulare del dotto epatico abbia indotto modificazioni sul sistema nervoso con conseguente stimolazione della secrezione biliare. La azione può esplicarsi attraverso le fibre nervo-

se secretrici, ovvero attraverso le fibre nervose dei vasi sanguigni. Nella prima ipotesi l'eccitamento secretivo colpirebbe direttamente le cellule epatiche.

Nella seconda ipotesi si provocherebbe una iperemia attiva dell'organo e quindi si verrebbe a creare una condizione favorevole di guarigione (ricordiamo qui come una delle teorie patogenetiche dell'atrofia giallo-acuta del fegato (Beneke) si appoggi sullo spasmo vasale).

Naturalmente non è possibile scindere l'azione dei vari atti che costituirono l'intervento operativo: estirpazione della cistifellea, apertura e drenaggio del coledoco e dell'epatico, applicazione di un tubo di drenaggio nell'epatico, per eseguire i quali si è avuto necessariamente esercitare azione sull'ilo del fegato e quindi sulla rete nervosa che per questa via raggiunge il parenchima epatico. Anzi l'ipotesi che la stimolazione di detta rete possa esercitare influenza sulla secrezione epatica biliare potrebbe essere pure accettata come verosimile.

Queste sono le ipotesi che si affacciano per spiegare il meccanismo di azione del drenaggio dell'epatico nei casi di ittero grave epatogeno con pervietà delle vie biliari e abolizione della secrezione biliare. Concezione quindi non meccanica nel senso voluto da colui che l'ha proposto e difeso, il Kehr, ma concezione biologica.

Ed ora se si riflette per un momento alla affermazione di Kehr, secondo la quale il drenaggio del dotto epatico fece migliorare i risultati delle sue operazioni sul coledoco al punto di abbassare la mortalità, dal 10 al 3 %, possiamo ritenere molto verosimile che l'influenza benefica esercitata dal drenaggio dell'epatico non si spieghi soltanto col fatto della derivazione della bile infetta — secondo il concetto di Kehr — ma si spieghi anche ammettendo un'azione sul parenchima epatico con conseguente modificazione nella secrezione biliare.

Ho parlato del drenaggio dell'epatico, perchè nel mio caso ho usato questo speciale intervento, ma non posso chiudere questa breve nota senza accennare agli altri interventi proposti e attuati per l'ittero grave epatogeno: la semplice laparotomia esplorativa, l'elettrodecapsulazione, l'epatostomia superficiale, l'epaticostomia, la coledocostomia, l'epatocolangiocistostomia, la colecistostomia, la colecistogastrostomia, la colecistoduodenostomia, la coledocoduodenostomia; metodi questi che per vie diverse mirano allo scopo di influire sul parenchima epatico stimolandone i processi rigenerativi e riportando alla norma la funzione biliare alterata.

La chirurgia dell'ittero grave epatogeno ha una storia tuttora recente; la molteplicità dei metodi chirurgici impiegati dà un'idea delle difficoltà che si incontrano per chiarire il meccanismo di azione, che è, però, manifestamente accertato. Questi metodi meritano di essere sempre più studiati clinicamente e sperimentalmente, ma i risultati clinici finora conseguiti fanno ritenere essere questo campo ricco di promesse. Non va però dimenticato che le condizioni favorevoli di guarigione create dall'intervento operativo non possono raggiungere il risultato desiderato, se non quando le alterazioni epatiche siano ancora nel grado della riversibilità, vale a dire in quello in cui è possibile ancora il ripristino funzionale e anatomico. Che se le alterazioni sono avanzate e si trovano già nel grado della irreversibilità, allora le nuove condizioni create dall'intervento operativo — qualunque esso sia — non potranno darci lo sperato beneficio.

Ecco quindi l'importanza del tempo utile per l'indicazione operatoria, la quale non deve essere ritardata oltre un certo limite dell'insufficienza epatica.

Se la medicina interna collaborerà in questo campo con la chirurgia, abbiamo ragione di ritenere che la terapia dell'ittero grave epatogeno conseguirà quei benefici risultati che la sola terapia medica non potrà mai raggiungere.

Ciò deve essere tenuto presente specialmente quando da parte autorevole non sono sufficientemente considerati i progressi raggiunti dalla chirurgia in questo campo. Leggendo infatti gli Atti dell'ultimo Congresso tedesco di Medicina interna (marzo 1932) si trova che il Relatore per la parte medica del tema in comune con la Società di Chirurgia « Il fegato in Chirurgia », il Brugsch, afferma che da parte degli internisti devono essere indicati per l'operazione chirurgica i casi di subittero biliare su base di ostruzione meccanica delle vie biliari extra epatiche, ribelli alle cure mediche. Sottolinea altresì che le feci completamente acoliche rappresentano il classico segno dell'ittero meccanico. Evidentemente l'Autore esclude che l'ittero epatogeno possa accompagnarsi a dotti biliari pervi e feci acoliche ed esclude altresì la possibilità di un intervento chirurgico in questa specie di ittero.

Invece tutto quello che in questo scritto abbiamo esaminato e discusso pone in chiara luce i risultati benefici della terapia chirurgica nell'ittero grave intraepatico e apporta anche un contributo alla nozione che l'ittero

epatogeno può accompagnarsi a pervietà delle vie biliari e a feci acoliche.

Il caso che ho in questa nota illustrato può essere aggiunto a quegli altri riferiti nella relazione sull'epatiti croniche dei professori Pascale e Chiarello all'ultimo Congresso della Società Italiana di Chirurgia (ott. 1932). Questi Autori, nel capitolo in cui trattano le possibilità chirurgiche nelle atrofie acute e subacute del fegato, affermano che il numero dei casi operati arriva forse al centinaio; dei quali il 50 % è guarito in seguito all'intervento.

Non è fatto però cenno che in Italia si sia lavorato in questo campo della Chirurgia. Ragione per cui mi è sembrato utile richiamare l'attenzione sopra un capitolo della patologia e terapia epatica, che la chirurgia non potrà mai sviluppare se non con l'intima collaborazione della medicina interna.

RIASSUNTO.

L'A., ricordato il substrato anatomo-patologico dell'ittero grave epatogeno, espone un caso guarito mercè l'operazione del drenaggio esterno del dotto epatico. Rileva altresì come la Chirurgia dell'ittero epatogeno abbia ancora storia recente, ma ricca di promesse per i sorprendenti risultati finora ottenuti.

Esamina le ipotesi che si affacciano per spiegare il meccanismo di azione con cui l'atto operativo consegue la guarigione ed invita i colleghi internisti a collaborare con la chirurgia in questo difficile capitolo della patologia e terapia epatica.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Semeiotica Medica della R. Univ. di Roma.
Direttore: Prof. GIUSEPPE BASTIANELLI.

Parotite epidemica ad inizio meningitico.

Dott. MARIO BOTTALIGA, aiuto.

Il caso da noi osservato presenta un particolare interesse:

Si trattava di una ragazza di 20 anni, nubile con anamnesi remota e famigliare senza nulla di importante. Il 16 giugno 1928 notò malessere, forte cefalea e febbre iniziatasi senza brivido che nei giorni successivi assunse il tipo continuo mantenendosi elevata sui 38-39 gradi. Sin dal primo giorno vomito persistente. L'inferma accusava anche dolorabilità alle masse muscolari specie del dorso.

All'esame obbiettivo alla data del suo ingresso in ospedale il 19 giugno si presentava in condizioni generali gravi, con sensorio obnubilato, rispondendo la malata con fatica alle domande; giaceva sul letto con senso di abbandono e a tratti era agitata e si lamentava fortemente; preferiva il decubito laterale. Stato di nutrizione buono, temperatura 38,5, polso uguale, ritmico, frequenza 90. Respiro profondo con frequenza poco aumentata; cute bruna senza edemi; mucose visibili arrossate, labbra secche, lingua patinosa arida. Movimenti di lateralità del capo possibili, non possibile il movimento di flessione per rigidità dei muscoli della nuca: l'inferma nel tentare la flessione del capo avverte dolore lungo tutto il dorso.

Il torace bene conformato, simmetrico, normale alla percussione e alla ascoltazione. Nulla di anormale era rilevabile all'esame del cuore e degli organi addominali.

Sistema nervoso: nulla a carico dei nervi cranici, pupille reagenti, uguali. Riflessi rotulei non si riescono a provocare.

Segno di Kernig assente.

Esame delle urine: nulla di anormale.

Esame del sangue: emazie 4.560.000 leucociti 8000. Negativa la ricerca del parassita della malaria.

Emocoltura in brodo sterile.

Decorso: Nei primi tre giorni di degenza in ospedale la malata andò sempre più aggravandosi. Stato delirante, febbre elevata, continua, oscillante tra 38,8 e 39,3. Polso raro in rapporto alla febbre (86-92). La puntura lombare eseguita il secondo giorno di degenza (5° di malattia) mostrò un liquido limpido fuoriuscente a gocce ravvicinate: albumina 0,40 ‰, Pandy e Nonne-Apelt negative. Il sedimento dava all'esame microscopico numerosissimi linfociti e rare emazie. Al sesto giorno di malattia la regione parotidea sin. rapidamente si tumefece e divenne dolente, la malata era in stato soporoso. Una nuova puntura lombare eseguita al settimo giorno di malattia dà un reperto uguale al precedente, solo si nota la comparsa di polinucleati, rari in confronto all'enorme numero di linfociti che costituiscono sempre la quasi totalità dei corpuscoli. Nel li-

quor si trovò: glucosio: 0,83 ‰, albumina 0,40 per mille.

L'esame del sangue dava: glob. bianchi 11.000. Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 60 %, basofili 1 %, eosinofili 2 %, linfociti 24 %, mononucleati 13 %.

Il giorno seguente divenne evidente anche la tumefazione della regione parotidea destra cosicchè la malata assunse un aspetto parotitico caratteristico. Stato generale grave, rigidità della nuca accentuata, segno di Kernig presente; la milza era palpabile, circa un dito sotto l'arcata costale. All'ottavo giorno di malattia la febbre diminuì e la malata cominciò rapidamente a migliorare, contemporaneamente le regioni parotidee si detumefecero; la rigidità della nuca persisteva ancora, il Kernig era presente sebbene meno accentuato. Al decimo giorno tutta la sintomatologia era scomparsa e la malata non si lamentava altro che di un senso di debolezza generale. La puntura lombare dette esito ad un liquido limpido con un modico reperto di linfociti e rari poli-nucleati.

La meningite che segue la parotite epidemica a distanza di alcuni giorni è nota come una manifestazione, se non frequente, certo non rara. Già da tempo è conosciuto come in certi casi di parotite epidemica, alle volte nel periodo di stato, altre volte nel periodo di regresso della parotite, sopravvenga una sindrome, talora clinicamente imponente, a carico del sistema nervoso; la natura meningitica di tale sintomatologia è però una acquisizione relativamente recente: Chauffard e Boidin vi attrassero l'attenzione nel 1904, Dopter ne descrisse poi la sintomatologia e i vari aspetti clinici nel 1910. Sino al 1928 ne furono raccolti 38 casi da Taillens. Riser riferisce che su 40 casi di orecchioni in 18 riscontrò sindrome meningea e solo in 8 erano presenti alterazioni del liquor.

Questa meningite da orecchioni insorge generalmente quando la parotite è in regresso, anzi quando il malato ne sembra guarito; e spesso è dopo qualche giorno, cinque o dieci, di apiressia che il malato è di nuovo colto da febbre elevata alla quale si uniscono i segni clinici di una meningite (rigidità nucale, Kernig, rachialgia,, polso raro, delirio). La puntura lombare in tali casi dà un liquido a forte pressione con intensa linfocitosi e aumento lieve del glucosio e dell'albumina.

La sintomatologia così imponente svanisce con la stessa rapidità con la quale si stabilisce e il malato in pochi giorni diviene convalescente. Questa meningite secondaria è ben nota e rappresenta una localizzazione non rara del virus della parotite. Quella che invece deve considerarsi eccezionale è la meningite iniziale nella parotite epidemica. Importante è la sua conoscenza poichè l'imponenza della sindrome e la mancanza di manifestazioni parotidee ne rendono all'inizio oscura la diagnosi etiologica.

Ne riferirono casi Riser e Voivenel, Weissenbach, Turquety e Durupt, Joltrain, Hilleman e Beçançon.

Nella letteratura ne troviamo un caso recentemente comunicato da Delavergné, Michel e Kissel alla Société de médecine de Nancy. In quest'ultimo caso si trattava di una sindrome meningitica completa comparsa improvvisamente quattro giorni avanti i primi segni di parotite. Questa fu di breve durata e leggera, la sindrome meningea perdurò invece per tre settimane, in fine alle quali si ebbe la guarigione completa. Il liquido cerebro spinale aveva 100 linfociti per mmc., albumina 0,4 per mille, glucosio 0,40 per mille. Il caso nostro presenta gli stessi caratteri di questo: la sindrome meningea precede le manifestazioni parotitiche che compaiono solo al sesto giorno di malattia; la parotite è in genere lieve e di breve durata; con il miglioramento della parotite si ha anche la risoluzione della sindrome meningea.

La diagnosi in tali casi si presenta all'inizio difficile. Il reperto del liquor, unitamente al quadro clinico, può far pensare alla meningite tubercolare o alla sifilide che possono iniziarsi ambedue con sindromi acute. Il dubbio diagnostico può anche aversi con la poliomielite e con l'encefalite. È la comparsa di una parotite anche lieve che viene a rischiarare la diagnosi e a permettere una prognosi favorevole.

Riassumendo la meningite iniziale da parotite epidemica presenta tutta la sindrome clinica della meningite acuta, il reperto del liquor è caratteristico per l'intensa reazione linfocitaria, nel caso nostro veramente eccezionale, alla quale si aggiunge un lieve aumento dell'albumina; il glucosio è invece normale. A questa sindrome meningea insorgente con febbre elevata e stato generale grave, segue a distanza di alcuni giorni, nel caso nostro al sesto giorno di malattia, la localizzazione parotidea della infezione, che spesso per la sua poca entità passa in seconda linea nel quadro clinico ma che rivela la natura della sindrome meningea. Posta allora la diagnosi di natura, la prognosi può formularsi favorevole; spesso il dileguarsi della sintomatologia meningea avviene in pochi giorni.

Tali osservazioni confermano il carattere generale della infezione che nella parotide ha

la sua localizzazione usuale, ma che colpisce anche in modo primitivo altre glandole e sierose.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce un caso di parotite epidemica iniziatosi con una sindrome meningitica guarita rapidamente.

BIBLIOGRAFIA.

CHAUFFARD e BOIDIN. Soc. Méd. Hôp. 25-3 e 6-6-1904.
DOPTER. Paris Médical, 10-12-1910.
DE LAVERGNE, L. MICHEL et KISSEL. Soc. de Méd. de Nancy, luglio 1928; Presse Médicale, 1928, n. 71.
TAILLENS. Journ. de médecine de Paris, 16 agosto 1928.
RISER. *Liquor cerebro-spinale*. Masson.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

OSPEDALE CIVILE S. SALVATORE DI PESARO

Direttore e Chirurgo primario: Prof. C. COSTA.

Di uno strumento per l'estrazione dei corpi estranei dall'esofago: l'uncino di Carletti.

Dott. ALDO QUATTROCCHI, assistente chirurgo.

Capita assai frequentemente al chirurgo di dover estrarre corpi estranei dall'esofago, specialmente in bambini che ingeriscono monete, palline di vetro, sassolini, giocattoli, ecc., ed in pazzi che ingeriscono i più svariati corpi. L'armamentario chirurgico di cui si dispone è costituito in genere dall'uncino esofageo di Kirmisson e dal panierino di De Graefe; pinze curve, uncini improvvisati possono servire allo scopo.

Troppo spesso però si hanno degli insuccessi, qualche volta dovuti alla speciale conformazione del corpo estraneo, che non permette la sua estrazione, qualche altra dovuti all'insufficienza dei mezzi che sono a nostra disposizione. Senza dire poi che tutti questi mezzi richiedono prudenza estrema e mani sperimentate, altrimenti possono riuscire pericolosi per sè stessi, in quanto possono produrre gravi lesioni sulla parete dell'esofago, oppure possono rimanere uncinati. Questo accade assai frequentemente per il panierino di De Graefe data la sua speciale conformazione. Questo fatto è sempre un accidente molto grave e sconcertante, e che obbliga a ricorrere per forza alla esofagotomia esterna, che è sempre un'operazione grave e che per ciò deve essere riservata ai casi in cui tutti gli altri mezzi meno pericolosi sono stati tentati senza effetto.

Il caso capitato recentemente alla nostra pratica, mi spinge a descrivere un apparecchio il quale ha tutti i pregi e nessun difetto di quelli sopraccennati, e che sempre ci ha permesso di liberare l'esofago con relativa facilità dai corpi estranei in tutti i casi capitatici, senza dover mai ricorrere, anche nella pratica quasi trentennale del mio primario, all'esofagotomia.

Nel caso ultimamente capitatoci, si tratta di una signora di a. 22, già curata in questo ospedale parecchi anni fa per stenosi cicatriziale dell'esofago, esito di ustioni prodotte per ingestione di alcali caustico; attualmente ricoverata in casa di cura per psicastenia. Ci riferisce di avere, giorni addietro, ingerito a scopo suicida un sasso e di sentirselo nell'esofago.

La radioscopia svela a livello della 3ª costa la presenza di un corpo estraneo, di forma irregolarmente ovoidale, fermo in una porzione ristretta dell'esofago.

Data la grandezza e la forma del corpo estraneo, si fanno le più ampie riserve sulla possibilità della sua estrazione per via incruenta. Tuttavia la mattina del 2-9-1932 in narcosi eterea si introduce una sonda solida per rendersi conto della distanza a cui trovasi il corpo estraneo dalla bocca e della sua mobilità; successivamente si introduce l'apparecchio di Carletti con l'uncino disfatto. Dopo aver avuta la sensazione di aver superato il corpo estraneo, si forma l'uncino all'apparecchio, e con manovre bene appropriate si riesce ad estrarre il sasso che misura cm. 2,4×1.8×2,7.

Descrizione dell'apparecchio. — Lo strumento è costituito da due aste metalliche flessibili scorrenti l'una sull'altra dello spessore complessivo di mm. 1,1; della larghezza di mm. 7 e della lunghezza di cm. 46 la posteriore che è fissa e che serve da guida all'anteriore, lunga cm. 50. Sull'asta posteriore è fissato all'estremità superiore un comando a due anelli, in cui si introducono l'indice ed il medio della mano destra per la manovra, ed un anello è fissato sull'asta anteriore per l'introduzione del pollice. Una vite di arresto collocata a questo estremo fissa la posizione ad uncino data allo strumento. L'estremità inferiore è costituita da segmenti articolati fra di loro sì da permettere di fare e disfare un uncino come si vede nelle figure annesse. Il segmento intermedio che, a uncino formato, viene a trovarsi in un piano perpendicolare a quello dello strumento e che ha la funzione di caricare il corpo estraneo, presenta una fossetta che lo rende maggiormente adatto alla sua funzione, dandogli una forma quasi di cestello.

Non si conosce l'autore dello strumento; esso è ricordato nel nostro ospedale col nome di uncino di Carletti e sotto questo nome io lo presento al pubblico medico.

Per l'uso dello strumento non ci sono indicazioni speciali.

È buona norma addormentare il paziente coll'etere; ottenuta la narcosi, si mantiene il paz. in posizione orizzontale. Mentre un assistente divarica la bocca con un comune apribocca, l'operatore, afferrato lo strumento colla mano destra, lo introduce sulla guida dell'indice della mano sin. nell'esofago coll'uncino disfatto. Questa manovra è semplicissima e facile ad eseguirsi, essendo lo strumento abbastanza flessibile. Quando si ha la sensazione di avere oltrepassato il corpo estraneo, si forma l'uncino all'apparecchio e si fanno delicate trazioni di prova finchè si ha la certezza di averlo caricato. Allora colla vite di arresto si fissa la forma ad uncino data allo strumento e si fanno, sempre con cautela, con arte e non con violenza, più energiche trazioni per rimuovere e portare nel retrobocca il corpo estraneo, che sarà afferrato dall'indice della mano sinistra e condotto all'esterno. Qualora la manovra non riuscisse in primo tempo, si disfà l'uncino e si ritrae lo strumento per procedere ad altri tentativi in altre sedute. Procedendo così con calma e con metodo ed a paziente bene addormentato è ben difficile non riuscire allo scopo.

Convinto dell'utilità di questo strumento, del facile uso e dei vantaggi che può offrire nella pratica corrente e avendo constatato che in nessun trattato di chirurgia generale nè di specialità è ricordato, ho creduto opportuno renderlo noto al pubblico medico per una maggiore diffusione di esso.

FIG. 1. — Strumento visto di fronte.

FIG. 2. — Strumento visto di profilo.

FIG. 3. — Particolare dell'uncino.

RIASSUNTO

L'A. fa conoscere un apparecchio per l'estrazione dei corpi estranei dall'esofago, e lo presenta sotto il nome di uncino di Carletti. Ne fa conoscere i pregi ed i vantaggi che ha sugli analoghi strumenti, specie sul panierino di De Graefe.

SUNTI E RASSEGNE.

SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI.

L'anemia semplice acloridrica.

(B. u. W. WAISSWANGE. *Deutsche med. Woch.*, n. 51, 16 dic. 1932).

Gli AA. sulla base di una discreta casistica, accuratamente studiata, affrontano la quistione di quel particolare quadro morboso ematologico caratterizzato da eritropenia, oligocromoemia e disturbi gastrici consistenti in ipocloridria o acloridria o addirittura achilia. Tale sindrome ematologica molto studiata in quest'ultimi tempi, diversamente denominata (gli AA. citano 15 denominazioni di essa), è stata recentemente oggetto di studio da parte di H. Schulten e da lui denominata anemia ipocromica essenziale o cloroanemia achilica. Egli ha discusso ampiamente i rapporti di essa con l'anemia perniciosa, mettendo in giusto rilievo i caratteri differenziali dal punto di vista ematologico e terapeutico, non nascondendo il sospetto di qualche punto in comune per ciò che riguarda l'etiologia, che forse ha radici nell'eredità emopatica generica e nei disturbi gastrici.

Gli AA. preferiscono per tale forma la designazione di Witts, di « anemia semplice acloridrica », perchè più comprensiva e perchè è rara in essa una achilia completa.

L'affezione, nonostante le osservazioni di Kaznelson, colpisce di preferenza il sesso femminile fra i 40 e i 50 anni, s'inizia subdolamente con disturbi dispeptici, con pallore che si fa poi cospicuo, nell'ulteriore decorso s'aggiungono astenia, asma, edemi malleolari, emorragie; sul cuore soffi anemici; a volte splenomegalia. L'estrazione frazionata del succo gastrico praticata dopo iniezione di istamina, a volte mostra achilia completa, a volte acloridria o ipocloridria. Gli eritrociti sono diminuiti di numero, più piccoli del normale e spiccatamente ipocromici; raramente presentano alterazioni di forma, conservano normale la resistenza globulare. Non concordi sono i risultati ottenuti sul comportamento dei leucociti. Le piastrine sono normali. È da rilevare infine che i pazienti incanutiscono precocemente. Vengono poi dagli AA. esaminati i caratteri differenziali di questa anemia rispetto all'anemia di origine infettiva o da emorragie, all'anemie emolitiche ed all'anemia perniciosa. Per quest'ultima sono messi in rilievo i diversi caratteri ematologici, la diversa terapia specifica, marziale nell'una, epatica nell'altra, per cui transazioni tra queste due forme non si possono ammettere senza obbiezioni, per quanto la coesistenza di disturbi gastrici in esse lascia qualche dubbio, che però viene eliminato dopo gli esperimenti di Singer. Questi partendo dalle ricerche di Castle, che dimostrò nell'anemia perniciosa l'azione curativa della carne trattata con succo gastrico di soggetto normale, praticò la cura della stessa malattia, trattando però la carne con succo gastrico di ammalato di anemia semplice acloridrica ed il risultato ottenuto fu identico al precedente. Ciò dimostra che nel succo gastrico di quest'ultimo è presente la stessa sostanza attiva che nel soggetto normale e che manca nell'anemico pernicioso. Tale risultato fornisce ancora una prova evidente della diversità delle 2 forme morbose, per quanto per ambedue la genesi debba ammettersi in una disfunzione gastrica, probabilmente di natura ormonale, non ancora però ben definita. R. D'ALESSANDRO.

Sull'azione emopoietica del succo gastrico concentrato (Addisin) nell'anemia perniciosa.

(S. MORRIS, L. SCHIFF, J. FOULGER, R. RICH u. E. SCHERMAN. *Münch. Mediz. Woch.*, n. 52, 23 dic. 1932; *Journ. A. M. A.*, 21 gen. 1933).

Gli AA., dopo aver accennato al grande progresso segnato nel trattamento dell'anemia perniciosa dalla terapia epatica, riferiscono sull'importanza che attualmente ha assunto in detta malattia la terapia basata sulla somministrazione di stomaco, terapia evidentemente scaturita dall'osservazione che tra i sintomi più costanti del morbo di Biermer è l'achilia. I risultati ottenuti dall'impiego oramai esteso di essa, le recenti ricerche di Castle sull'efficacia della somministrazione all'anemico pernicioso di carne trattata con succo gastrico normale e non di quella trattata con succo gastrico artificiale o di anemico pernicioso, costituiscono tutti una serie di fatti, che, per quanto non ancora concordemente interpretati nella loro essenza, stanno sempre a dimostrare l'importanza di tale recente metodo di cura, il quale integra e forse chiarisce quello basato sulla somministrazione di fegato o dei suoi estratti.

Sulla base di tali osservazioni gli AA. nella Clinica medica dell'Università e dell'Ospedale di Cincinnati hanno intrapreso una serie di indagini importantissime allo scopo di meglio dimostrare, di semplificare e nello stesso tempo di esaltare l'efficacia della terapia gastrica. Anzitutto hanno cercato di ottenere un succo gastrico concentrato, onde poter disporre di un prodotto che in piccolo volume contenesse più principio attivo e ciò hanno ottenuto con la distillazione nel vuoto del succo gastrico normale, avendo dato la concentrazione col vapore un prodotto scarsamente efficace. Il principio attivo contenuto in tale prodotto è termolabile, dializzabile attraverso collodio, non è alterato da sostanze chimiche,

breve ha i caratteri di un ormone, a cui gli AA. hanno dato il nome di « addisin ».

Tale sostanza si trova oltre che nel succo gastrico umano, anche in quello del maiale, del cane e del bue ed in generale di tutti gli animali erbivori o carnivori.

Iniettato per via endomuscolare nell'anemia perniciosa determina una crisi reticolocitaria. Come dosaggio gli AA. convennero di chiamare unità di « addisin » il prodotto derivante dalla concentrazione nel vuoto di 100 cc. di succo gastrico originario; tale standardizzazione di dosaggio, per quanto non basata su dati precisi, perchè il principio attivo può variare in più e in meno sotto svariate condizioni non sempre valutabili nei diversi succhi gastrici, era pur necessario per avere almeno grosso modo, un termine di confronto nelle ricerche.

Sul principio furono somministrate 2 e mezzo-5 unità di « addisin » umano, ma risultati migliori furono ottenuti con l'iniezione di 8 unità di esso. Con l'impiego di addisin di maiale fu possibile in 2 casi di anemia perniciosa somministrare in una sola volta rispettivamente 32 e 57 unità, sempre per iniezione endomuscolare. La crisi ematica fu pronta, specie nel primo caso, ed intensa; aumento cospicuo di reticolociti, che durò oltre 4 settimane, gli eritrociti salirono da 1.400.000 fino al valore normale, analogamente si comportò l'emoglobina, che prima della terapia era rispettivamente del 44 e 47 % (Sahli). Tutta l'enorme quantità di succo gastrico somministrato era concentrato nel primo caso in 5 e nel secondo in 8,5 cc. di liquido. Concludono il loro studio paragonando gli effetti ottenuti da Riddle e Sturgis, che in un caso di anemia perniciosa iniettarono in una sola volta una dose massiva di 30 fiale di estratto epatico. La crisi reticolocitaria comparve dopo 3 giorni e non raggiunse l'intensità e la durata conseguita dagli AA. con le alte dosi di succo gastrico somministrate nei 2 casi riferiti, nei quali dopo oltre 2 mesi gli eritrociti e l'emoglobina si mantenevano sempre al valore normale.

R. D'ALESSANDRO.

Disturbi trofici e necrotici singolari delle dita come primi segni di una leucemia.

Falsa sindrome di Raynaud.

(R. LERICHE e R. FONTAINE. *La Presse Médic.*, 24 dicembre 1932).

Gli AA. riferiscono ampiamente su di un caso. Si trattava di una donna 61enne nei precedenti della quale c'era soltanto una linfoadenite tubercolare (con asportazione chirurgica) all'ascella sinistra nel 1923. Nel 1925 ulcerazione della base del V dito della mano destra estesasi successivamente alle altre dita e che fu diagnosticata sclerodermia. Nel 1926 simpaticectomia periomerale non seguita da miglioramento e, un mese dopo, disarticolazione delle due ultime dita. Nel 1927 si scopre all'esame radiologico un ago a livello del polso, sulla linea cubitale; sospettando che questa sia la causa dei disturbi trofici si asporta l'ago, che era infisso nel nervo cubitale, ma senza averne miglioramento. Successivamente amputazione dell'avambraccio. Da parecchi mesi ulcerazione eczematosa del pollice destro che era cominciata contemporaneamente alla prima ulcerazione al V dito della mano sinistra; questa ulcerazione del pollice si estende e si ha gangrena delle due falangi. La p. ha anche formicolìo alle dita dei piedi, ma qui non presenta disturbi trofici e può camminare benissimo. C'è edema sottomalleolare. Ha perduto 20 Kg. di peso.

La mano D si presenta perfettamente normale sulla parte non necrotica. L'arteriografia mostra permeabilità perfetta. Progredendo rapidamente il processo necrotico, fu estirpato il ganglio stellare di sinistra, che istologicamente si trova con aumento della trama connettivale e con sovraccarico pigmentario delle cellule. Rapidamente si ha cicatrizzazione del moncone rimasto dopo l'eliminazione della parte necrotica che si era verificata in precedenza.

Dopo un mese dall'intervento compare febbre; nel sangue, che prima dell'intervento era normale, compaiono dei mielociti. Si comincia a palpare la milza. Si fa diagnosi di leucemia aleucemica. L'ammalata fu sottoposta a cura insulinica e alle solite cure della leucemia, ma morì circa 4 mesi dopo per sincope.

Poichè i disturbi trofici che quest'ammalata aveva presentato non somigliavano a quelli vasomotori o arteritici, gli AA. pensano che essi fossero prodotti dalla leucemia (ma non indicano con quale meccanismo ciò sarebbe avvenuto. - *N. d. R.*).

R. LUSENA.

Una rara malattia del midollo osseo. (Osteomielodisplasia).

(C. GRUBER, C. APSELBACH, R. LE MASTER. *Journ. Am. Med. Ass.*, 21 gennaio 1933).

Gli AA. descrivono un caso di malattia del midollo osseo, capitato sotto la loro osservazione, e che essi non hanno saputo inquadrare in nessuna delle sindromi sinora conosciute.

Si trattava di un ragazzo di 7 anni, fin'allora sano, il quale nell'ottobre 1930 cominciò ad accusare dolori alle articolazioni, dolori che aumentavano col freddo e con l'umidità: era presente anche febbre e cefalea. Negativi erano i dati dell'anamnesi famigliare e personale, negativo anche l'esame obiettivo. L'esame del sangue rivelò una notevole leucopenia (1:850) ed una relativa anemia (4 milioni). L'esame radiografico dell'apparato scheletrico mostrò una netta ed uniforme rarefazione dell'intero

scheletro con assottigliamento della corticale: l'atrofia era più marcata nelle ossa del bacino, nei femori, nelle vertebre lombari. Tutti gli altri esami, accuratamente ripetuti varie volte, diedero sempre risultato negativo; la calcemia anche era normale.

La sintomatologia dolorosa e la febbre persistevano, con alternative di miglioramenti e peggioramenti: e così anche i dati delle ricerche praticate. Nell'agosto 1931 la rarefazione ossea appariva molto più marcata, accentuati erano anche i dolori alle articolazioni: la febbre variava da un massimo di 39° a un minimo di 37,5.

Verso la fine di agosto il paziente divenne improvvisamente sonnolente e stanco ed una grave infezione si sviluppò a carico del faringe, con formazione di ulcere sulle fauci e tumefazione delle ghiandole del collo: la conta dei globuli dava 1.200 globuli bianchi per cmc. Stabilita una roentgenterapia, il numero dei globuli bianchi salì rapidamente a 4.400, le lesioni del faringe sparirono, la temperatura non sorpassò più i 37.5. In sostanza, l'attacco agranulocitico era superato. Improvvisamente, il 20 settembre cominciarono a manifestarsi, preceduti da nistagmo, attacchi clonici limitati alla metà destra del corpo. La puntura lombare diede esito a liquido, a pressione aumentata, ma senza caratteri patologici. La calcemia, l'azotemia, la glicemia erano normali. Dopo l'attacco, durato un paio d'ore, il paziente dormì bene tutta la notte ed il mattino seguente appariva in buone condizioni: ma la sera di nuovo attacco convulsivo, quindi coma e morte.

L'autopsia non dimostrò alcuna alterazione importante degli organi del collo, torace, addome. Le ghiandole endocrine erano normali. Le alterazioni principali si riscontravano a carico delle ossa (vertebre, costole, femori) e del midollo di queste ossa. La compatta era esile e fragile: la spugnosa era rarefatta, il midollo ricco di liquido rossastro che essudava, lasciando una formazione fibrosa a rete.

L'esame microscopico dimostrò un allargamento delle cavità midollari per atrofia della spugnosa e della compatta, la presenza di una minima quantità di tessuto adiposo, la presenza di larghi spazi vascolari a pareti sottili ed in molti punti delle piccole emorragie: là dove erano presenti cellule nucleate queste erano per la maggior parte a tipo granulocitico ed eritroblastico.

Confrontando i dati clinici e quelli dell'autopsia, i quali escludono che si sia trattato di leucemia, di mieloma multiplo, o di eritroblastoma, si sarebbe portati ad ammettere una diagnosi di agranulocitosi. Questa era certo presente sintomaticamente, ma non si sa come far rientrare in essa il quadro delle alterazioni ossee.

Gli AA. concludono quindi con l'ammettere che si tratti di una entità clinica finora sconosciuta e la considerano rientrante nel quadro delle displasie del midollo osseo.

C. LA CAVA.

Il contenuto in ferro della milza, dopo trasfusione di sangue.

(H. KUNZ e M. ZACHERL. *Wien. Klin. Woch.*, 11 nov. 1932).

Gli Autori rilevano che numerosi metodi sono stati usati, per stabilire la durata della sopravvivenza nell'ospite degli eritrociti trasfusi. Molti di tali metodi, basati sul dosaggio dell'emoglobina, in vari momenti del suo metabolismo, risultano poco attendibili, perchè non si può a priori escludere che l'organismo del ricevitore risponda allo stimolo del sangue trasfusogli, mettendo in circolazione dei suoi globuli rossi, mobilizzandoli dalle riserve.

Gli AA. affrontano il problema seguendo l'espediente, finora poco sfruttato, di studiare il contenuto in ferro comparativamente nella milza dell'animale normale e sottoposto a trasfusioni ripetute. L'animale da esperimento fu il coniglio, la tecnica prescelta per eseguire i dosaggi del ferro, il metodo colorimetrico di Willstätter eseguito su ceneri di milza, ottenute con acido solforico e nitrico.

Nel 77 % dei casi, il contenuto totale in ferro della milza risultò aumentato, negli animali sottoposti a trasfusione, già poco tempo dopo l'esecuzione della trasfusione stessa e gli AA. pensano che se ne debba concludere che la vita degli eritrociti trasfusi è effimera, e che già poche ore dopo la trasfusione, ne ha inizio la disintegrazione, che libera il ferro, il quale, come è noto, si fissa in gran parte nella milza. Quando tale processo abbia fine, quando esso raggiunga il massimo, non si può ancor dire, e si istituiranno sull'argomento nuove ricerche.

M. COPPO.

Splenomegalia e splenectomia.

(P. EMILE-WEIL et R. GRÉGOIRE. *Le Bulletin Médical*, 29 ottobre 1932).

È giustificata la tendenza interventista, oggi predominante, di fronte a molte splenomegalie? Vanno operate le milze voluminose e anormali? Tutte le splenomegalie vanno sottoposte all'intervento?

Per rispondere a queste domande l'A. comincia con lo stabilire che ogni aumento importante del volume della milza è di per sè una malattia grave. A questa convinzione si giunge se si considera che la milza è l'organo addominale meno fisso e che ogni suo aumento di volume porta a spostamenti che possono esser causa di evenienze anche abbastanza gravi (torsione del peduncolo, necrosi, rottura). Nè meno importanti sono le ripercussioni che possono aversi sia sulla funzionalità

degli organi ematopoietici, sia sulla crasi sanguigna, sia sullo stato dell'apparato digerente e sullo stesso fegato, anche quando non ci si trovi di fronte ad una forma di Banti, nella quale l'indicazione all'intervento è precisa.

Ma se tutte queste considerazioni tendono a indurre all'intervento in ogni caso di splenomegalia non redimibile con terapia medica, esistono sicuramente splenomegalie per cui l'intervento è assolutamente controindicato. Dopo aver enumerato alcune delle principali forme in questione (Hogdkin, linfoadenia, mielosi, cirrosi epatica, ecc.), l'A. conclude che sono di pertinenza chirurgica solo le sindromi spleniche pure. Le affezioni della milza, che si manifestano sotto l'aspetto di una splenomegalia isolata, sono le milze chirurgiche per eccellenza.

Stabilito questo, una serie di questioni si presentano. Prima tra esse la questione della diagnosi, questione tutt'altro che trascurabile nel caso di grosse tumefazioni renali che possono talora condurre in inganno, sviluppandosi in avanti e mantenendo con l'incavo del bacinetto la incisura splenica. Tra tutti i segni differenziali, l'A. mette in prima linea in questi casi l'esame radiologico del grosso intestino. Infatti il colon passa davanti il rene malato e circonda il polo inferiore della milza ipertrofica.

Seconda questione è la diagnosi di natura della splenomegalia. A tale scopo, l'A. enumera rapidamente i diversi esami necessari a completare lo studio clinico, soffermandosi sul significato e sull'importanza di ciascuno di essi.

L'ultima questione presa in considerazione è la preparazione del malato all'intervento. In primo luogo è necessario rialzare le condizioni ematiche del soggetto, sia con trasfusioni, sia con epatoterapia. L'A. usa anche, visto il gran numero di complicanze polmonari negli splenectomizzati, un trattamento preventivo a base di vaccino antibroncopneumonico di Duchon, da sostituirsi, nel caso di reazioni troppo intense, con gli anfo-vaccini intestinali di Ronchése per via orale. L'A. ha pure l'abitudine di praticare immediatamente prima dell'operazione una trasfusione di sangue dello stesso gruppo del soggetto e non di un donatore universale. La dose abituale è di 300 cmc. Questa trasfusione ha i seguenti scopi: *a*) correggere le alterazioni di coagulabilità e la tendenza del malato alle emorragie; *b*) compensare la perdita del sangue contenuto nell'organo asportato (a questo scopo l'A. determina una spremitura della milza mediante iniezione di adrenalina immediatamente precedente l'intervento); *c*) correggere l'abbassamento delle difese organiche provocato dalla splenectomia.

Con questi accorgimenti, l'A. ottiene il 90 % circa delle guarigioni. I risultati più brillanti si ottengono nelle splenomegalie croniche primitive, negli itteri emolitici, nelle splenomegalie con diatesi emorragica e nelle anemie splenomegaliche.

Alla questione della prognosi della splenectomia nelle splenomegalie croniche, porta un contributo Raymond Gregoire sullo stesso numero della rivista. Egli comincia col ricordare i disastri passati quando si interveniva in casi di neoplasmi o di leucemie e afferma che un chirurgo coscienzioso deve oggi intervenire solo nei casi in cui un competente abbia stabilito con esattezza l'indicazione all'intervento ed abbia posto il paziente in condizioni di superarlo. In nessun campo come in questo, la collaborazione tra medico e chirurgo è feconda di buoni risultati.

L'A. passa quindi a render conto della propria statistica. Si tratta di 37 splenectomie seguite lungamente dopo l'intervento. In 9 di esse non esisteva diatesi emorragica e la natura dell'affezione primitiva era varia (malaria, Kala-azar, tumori, ecc.). Negli altri 27 casi, appartenenti per la maggior parte alla forma di Gandy-Gamna, era costante una tendenza alle emorragie più o meno gravi e localizzate, per ogni caso, in differenti distretti vasali (gengivorragie, epistassi, ematurie, gastrorragie, enterorragie). Orbene, di questi malati, 21 guarirono in modo definitivo; 9 presentarono ancora a distanza di tempo più o meno grande, episodi emorragici, anche gravi e talora mortali. Tutti e nove questi pazienti appartenevano al gruppo di malati che, prima dell'intervento, avevano presentato una tendenza alle emorragie più grave e da più tempo costituita. Da questa osservazione l'A. prende occasione per sconsigliare ogni temporeggiamento nella splenectomia nei casi di splenomegalia, al fine di evitare un intervento tardivo che risulterebbe inutile qualora la discrasia emogenica si fosse instaurata in modo irredimibile. M. TORRIOLI.

RENI E VIE URINARIE.

Dolori di schiena da affezioni urologiche.

(H. L. MORRIS, L. J. LANGLOIS et J. F. BRUNTON. *Journ. Americ. Medic. Assoc.*, 31 dicembre 1932).

I dolori di schiena, a parte quelli riferiti da malattie degli organi toraco-addominali, possono dipendere da affezioni degli organi genitali femminili (ginecologici), da malattie e neoformazioni delle ossa e delle articolazioni (ortopedici), e da affezioni del tratto urinario (urologici).

Per la diagnosi differenziale della condizione che è la causa dei dolori di schiena occorre prendere in esame:

1) la loro durata;

2) la loro comparsa postraumatica o post-chirurgica;

3) la loro natura (acuto o sordo, costante o intermittente, localizzato o diffuso, riferito, superficiale o profondo);

4) la sede (lombare, sacrale, lombosacrale, costovertebrale, uni- o bilaterale;

5) la loro comparsa in rapporto alle ore del giorno;

6) le condizioni che li influenzano (cambiamento di posizione, movimenti passivi delle gambe, riposo in posizione sdraiata o seduta, sforzi, incurvamento del corpo, locomozione o esercizî, tosse, defecazione, minzione, mestruazione, stipsi).

I pazienti di lesioni renali croniche non si lamentano di un vero e proprio dolore di schiena, ma di una dolenzia indeterminata, di una sofferenza alla regione dorsale.

Per comprendere il meccanismo causale di questa sensazione occorre tener presente che il rene è costituito da una parte parenchimatosa solida, il parenchima renale, e da parti cave, la pelvi ed i calici renali. Tutto l'organo è circondato da una capsula che può essere sede di un processo infiammatorio o essere distesa da processi interni. Oltre a ciò in seguito a rilasciamento dei tessuti perirenali l'organo può perdere la sua posizione normale, il che è anche causa di dolori.

In una serie di 374 casi di pielite cronica gli AA. trovarono che raramente il dolore era riferito alla regione costovertebrale. Il dolore è per lo più localizzato ad uno o ad ambo i lati della colonna vertebrale. Quando è bilaterale bisogna sempre pensare ad un'affezione di ambo le pelvi, quantunque non è da escludere che la sensazione al lato non leso possa dipendere da un riflesso renorenale.

In ogni caso il dolore è profondo e quindi facilmente si distingue da quello delle mio- o neuralgie. Il soggetto accusa un dolore sordo diffuso a tutta la regione dorso lombare, non alleviato sensibilmente dal riposo, e praticamente costante.

Lo stesso tipo di dolore può riscontrarsi in affezioni urinarie: idronefrosi, pionefrosi, tubercolosi e neoplasma renale.

In una serie di 343 casi di ptosi renale il dolore era accusato da 179 pazienti. Per quel che riguarda la localizzazione esso è simile a quello della pielite cronica. Però molto spesso è descritto come una sensazione di stiramento o di peso ed è di solito alleviato dal riposo. Ciò si spiega facilmente perchè nella posizione prona il rene riprende il suo posto e si ristabilisce il drenaggio della pelvi. Con l'andare del tempo il dolore diventa sempre più forte con il progressivo stiramento del legamento e l'aumento della stasi nella pelvi. In 117 casi il dolore era limitato alla regione lombare e spesso era bilaterale. Talvolta il dolore assume carattere colico ed allora c'è da pensare ad un'infezione urinaria complicante la distopia (pielite, ureterite, cistite). In alcuni casi s'ha inginocchiamento dell'uretere con le inevitabili coliche ureterali.

In tutti i 32 casi di calcolosi renale il dolore era localizzato alla regione costovertebrale. Alla palpazione della regione renale dorsale si nota uno stato di sensibilità superiore a quella che s'incontra in altre condizioni. Si può trovare una zona d'iperestesia alla palpazione dell'addome nella regione corrispondente alla pelvi renale compromessa. Questo tipo di affezione dà il vero dolore parossistico renale.

Anche nei calcoli ureterali il dolore è a carattere colico, localizzato alla regione dorsolombare con iperestesia dell'addome nella parte corrispondente all'uretere nel quale trovasi il calcolo. Il dolore è spesso riferito al fianco. La radiazione alle coscie ed ai genitali non è così frequente come è stato affermato finora.

Su 507 casi di dolori di schiena, 329 erano dovuti ad affezioni della prostata e delle vescicole. In tali casi i dolori sono descritti come lombaggine e come tali trattati. Molto spesso il dolore si diffonde a tutto un arto sotto forma di neuvralgia sciatica. Sta di fatto che le affezioni prostatiche possono produrre fatti generali e riflessi con tre meccanismi: diffusione dell'infezione per la via sanguigna, diffusione di tossine, provenienti dalla glandola, impulsi nervosi riflessi partenti dalla glandola e che si estrinsecano con dolori in regioni distanti.

Tenuto conto di quanto sopra si è esposto la diagnosi della causa di un dolore di schiena importa un esame molto accurato. Occorre innanzi tutto procedere ad un'osservazione di tutte quelle cause (ossee, articolari, muscolari, nervose) che possono produrre dolori di schiena; nelle donne fare un esame ginecologico; in ogni caso tener presente che in una buona parte dei casi il dolore di schiena è provocato da un'affezione delle varie parti delle vie urinarie, il cui esame s'impone ogni qual volta le altre cause sembrano da escludersi o solamente dubbie. DR.

Adeno-sarcoma embrionale del rene.

(DEAN e PACK. *Journal Am. Med. Ass.*, vol. 93, n. 1-2, 1932).

Gli AA. avendo avuto occasione di osservare nell'Ospedale di New York dal 1917 al 1929 sedici casi di adenosarcomi embrionali di Birch-Hirshfeld o tumori di Wilms ne fanno uno studio particolareggiato.

Rilevano come queste forme di tumori siano quasi esclusivamente dei bambini (20 %), e che solo nel 0,5 % si riscontrano negli adulti. I due sessi sono egualmente colpiti. L'età media più colpita è intorno ai tre anni. Qualche Autore ne ha descritto in feti di sette mesi.

Circa la patogenesi si è pensato all'inclusione di cellule embrionali molto giovani, allo sviluppo degli elementi Wolfiani, all'origine nel blastema renale; origine endoteliale. L'ipotesi più accetta dei varii AA. moderni è che

detti tumori originano dagli *elementi del blastema renale*. Ma per Dean e Pack l'origine di questi tumori sarebbe ancora più complessa e a seconda del periodo embrionale in cui essi prendono origine varierebbe la loro struttura istologica.

Anatomia macroscopica. — I casi osservati dai due AA. erano tutti unilaterali mentre sono riportati nella letteratura molti casi bilaterali.

Il tumore può raggiunere grandezze voluminose fino ad occupare tutto l'addome. La superficie generalmente è bluastra e liscia ma può essere anche bozzuta. Alla sezione si presenta di un colorito biancastro o giallastro; la consistenza è varia: molle, dura, gelatinosa, vascolarizzata. Il tumore può impiantarsi in qualsiasi punto del rene, ma più di frequente occupa la sua metà inferiore. La massa è nettamente separata dal parenchima renale. Quasi sempre avviluppata dalla capsula fibrosa del rene la quale sotto la distensione può rompersi.

Istologia patologica. — Questi tumori sono composti di tessuti mesenchimali indifferenziati. Si riscontrano cellule rotonde, abbozzi di tubuli e di glomeruli, muscoli lisci e striati e qualche volta elementi di grasso e cartilagine. Gli elementi epiteliali sono rappresentati dai tubuli aventi tendenza alla formazione cistica, rivestiti da cellule cubiche o cilindriche. A volte si riscontrano dei cordoni epiteliali pieni. Le cellule rotonde o poligonali a nuclei ipercromatici appaiono indifferenziati potendo ripetere la forma dei tubuli epiteliali e quelli del tessuto sarcomatoso. I vasi sono costituiti da sottilissimi capillari.

Sintomatologia. — Si può riassumere in:

1) aumento progressivo del volume dell'addome;

2) costipazione;

3) scoperta generalmente fortuita del tumore;

4) vomito, anoressia, dimagramento;

5) ascite, distensione dell'addome, metastasi;

6) morte per cachessia.

Raramente sono presenti dolori spontanei. Così pure è rara l'ematuria. I sintomi vescicali mancano nella maggior parte dei casi. L'esame delle urine spesso è negativo. Il tumore viene generalmente scoperto dai parenti del bambino e raramente dal medico.

La febbre è alquanto frequente ed è il sintomo che spesso per primo attira l'attenzione.

La diagnosi differenziale bisogna farla con:

1) il linfosarcoma dei gangli retroperitoneali;

2) i tumori dei gangli mesenterici;

3) i tumori della surrenale;

4) la tubercolosi renale, l'idronefrosi, il rene policistico, la peritonite tubercolare, gli ascessi dello psoas, i tumori del fegato, dell'ovaio, del pancreas dell'intestino.

La biopsia non è consigliabile in quanto aumenterebbe la possibilità di recidive. Bisogna invece fare tutti gli altri esami: la *cistoscopia, l'esame delle urine separate*, la *radio* e *pielografia* che servono per farci giudicare lo stato dell'altro rene.

Metastasi. — Questi tumori procedono sopratutto per infiltrazione; le metastasi sono possibili per via venosa o linfatica. Nei casi degli AA. si sono avute metastasi nei gangli retroperitoneali, mediastinici e inguinali, in cinque casi; nel fegato in tre casi; nel polmone in cinque casi; nello scheletro in due casi; nei corpi cavernosi in un caso.

Prognosi. — La prognosi è più grave nei tumori renali dei bambini anzichè in quelli degli adulti. Dei casi degli AA. tredici sono morti dopo il 11° mese e tre sono stati persi di vista.

Trattamento. — La nefrectomia transperitoneale fatta rapidamente curando l'emostasi è bene sopportata dai bambini. Secondo gli AA. questi tumori sono molto sensibili ai raggi.

Questa sensibilità si spiega per la loro struttura embrionale, la loro cattiva vascolarizzazione, la frequenza di mitosi, il metabolismo cellulare piuttosto elevato.

La recidiva dopo nefrectomia è fatale.

Secondo gli AA. prima di procedere alla nefrectomia bisogna cominciare un trattamento radio-terapico, (Raggi Roentgen o Radium) e non intervenire con la nefrectomia che allorquando il tumore sia considerevolmente ridotto o apparentemente scomparso.

La radioterapia sola è il trattamento da applicarsi in casi di recidive o di metastasi.

SCANDURRA.

Le lesioni dell'uretere pelvico prodotte durante interventi ginecologici.

(GEORGES VINCENT. *Archives des maladies des reins*, tome VI, n. 6, 1932).

L'A. ricorda che in casi di interventi ginecologici non raramente si verificano lesioni dell'uretere.

La frequenza di dette lesioni è dovuta principalmente ai rapporti anatomici dell'uretere con gli organi genitali femminili.

Si possono verificare quattro specie di lesioni:

1) la sezione dell'uretere che può essere trasversale o longitudinale. La trasversale può essere completa o incompleta;

2) la legatura dell'uretere che può avvenire in diversi modi;

3) la gomitatura dell'uretere;

4) lo sfacelo secondario dell'uretere.

Le sedi dove possono verificarsi più frequentemente le lesioni dell'uretere sono:

1) nella parte sup. della pelvi, vicino al peduncolo ovarico;

2) nel legamento largo.

L'uretere può essere preso con una pinza emostatica, da un sopragitto per peritonealizzazione, o sezionato durante la liberazione di

un tumore o di aderenze. Esso secondariamente ad una denudazione troppo minuziosa può andare incontro a sfacelo. La sezione longitudinale dell'uretere decorre generalmente verso la guarigione spontanea.

La legatura più di frequente determina la morte silenziosa del rene.

La sezione trasversale conduce ad una fistola che termina con l'atrofia o l'infezione del rene, con o senza restringimento del canale.

La condotta che si terrà di fronte una ferita dell'uretere differisce evidentemente a seconda che ci si accorga della ferita durante o dopo l'operazione.

Ad evitare detto incidente sarebbe opportuno avere la precauzione raccomandata specialmente da Pauchet e Dujacrier cioè: fare un cateterismo preventivo degli ureteri in certi interventi ginecologici specie in quelli per cancro del collo, massimamente se trattasi di donne grasse con parametri già infiltrati.

Durante l'intervento ginecologico la diagnosi di lesione ureterale non è sempre facile.

Più tardi verrà fatta per la comparsa della fistola e più tardi ancora per il verificarsi del restringimento constatato per mezzo del Cateterismo ureterale o dell'uretero-pielografia.

Il trattamento delle lesioni dell'uretere non è affatto semplice.

A seconda i casi bisogna scegliere tra l'ureterorrafia, l'impianto dell'uretere nella vescica, nel retto o alla pelle.

Ma spesso con queste operazioni non si ottiene lo scopo e bisogna finire col fare la nefrectomia, che allorchè possibile costituisce il trattamento radicale delle lesioni dell'uretere.

SCANDURRA.

L'ernia dell'uretere.

(CARLI. *Annali Italiani di Chir.*, n. 11, 1932).

L'ernia dell'uretere non è affatto frequente a riscontrarsi, tanto che nella letteratura ne esistono fino al 1927 solo 45 casi ai quali l'A. aggiunge un contributo di ben 18 casi raccolti nella Clinica Chirurgica di Siena dal 1914 al 1927. Di tali 18 casi 7 appartenevano alla varietà crurale e 11 alla varietà inguinale fra cui 9 erano dirette, e 2 oblique interne.

In tutti i casi la sintomatologia tanto subbiettiva che obbiettiva era assolutamente muta nei riguardi dell'apparato urinario, tranne in un caso in cui si trattava di voluminosa ernia inguinale diretta ove si ebbero a più riprese disturbi urinari consistenti in pollachiuria, bruciore, impossibilità di svuotare completamente la vescica. In questo caso coesisteva però un diverticolo vescicale.

L'uretere non fu mai osservato erniato da solo: in 9 casi coesisteva un sacco erniario vuoto o contenente intestino o epiploon: negli altri nove casi l'uretere era accompagnato dalla vescica erniata anch'essa.

La patogenesi dell'ernia dell'uretere ammette cause predisponenti che possono essere inerenti a condizioni topografiche e patologiche dell'uretere, a maggiore mobilità e facilità di scorrimento del peritoneo pelvico, a debolezza della parete; o cause determinanti quali la trazione diretta sull'uretere da parte del sacco erniario o di lipomi erniari.

La sintomatologia dell'ernia ureterale è molto oscura: non esiste alcun segno patognomonico, tanto che la diagnosi clinica della lesione non è mai stata fatta.

Quale esame complementare a scopo diagnostico avrebbe grande importanza secondo l'A. l'ureteropielografia, introducendo un catetere nell'uretere per un cm. circa ed iniettandovi poi a bassa pressione un liquido opaco. In tal modo si potrebbe vedere sulla lastra radiografica il decorso dell'uretere, la sua forma, il suo calibro e i suoi rapporti con le parti vicine.

Ma perchè questa ricerca possa avere valore dovrebbe essere almeno sospettata la lesione il che non è invece possibile per mancanza di qualsiasi segno obbietivo o subbiettivo.

La cura consiste nella riduzione sempre possibile e senza difficoltà e nel completare l'operazione come per qualsiasi altra ernia.

A. CALCAGNI.

Fistola uretero-peritoneale con ascite urinaria.

(G. UNNER e H. S. EVERETT. *The Journ. of Urol.*, settembre 1932).

Gli Autori riferiscono un caso di ascite urinaria, seguita ad una perforazione dell'uretere s. nel peritoneo e versamento in questo di urina, sopportata senza gravi conseguenze per oltre un mese. Si trattava di una paziente in cui, per applicazioni ripetute di radio allo scopo di curare un epitelioma del collo dell'utero, s'era determinata una vasta fistola vescico-vaginale ed, in seguito, una stenosi serrata del tratto inferiore degli ureteri, seguita da una perforazione dell'uretere s. in peritoneo libero per caduta di una zona di necrosi. La p. sopportò questo stato per oltre un mese, nel quale esso fu potuto constatare, dapprima ad un intervento chirurgico mirante a compiere un'anastomosi uretero-sigmoidea, e poi meglio all'autopsia. Il presente è il secondo caso, sec. gli AA., di ascite urinaria descritto.

V. LOZZI.

Le grandi ematurie secondarie alla prostatectomia, trattate con la folgorazione endoscopica.

(E. DAWIS. *The Journ. of Urol.*, sett. 1932).

L'A. richiama l'attenzione su questa grave complicazione, che può intervenire a turbare

il decorso postoperatorio, per altro regolare, di alcuni prostatectomizzati verso la 3ª settimana. Si tratta di emorragie imponenti, massive, che intervengono improvvisamente in circa 2,5 % di prostatectomizzati verso il 10°-20° giorno, e possono mettere in grave pericolo la vita dei paz., se non si provvede convenientemente.

L'A. ha osservato 15 casi del genere in una serie di 423 prostatectomizzati. Il metodo operatorio seguito non ha importanza nel determinismo di questa complicazione.

L'A. ha proposto ed applicato con risultati ottimi un metodo, che consiste nel vuotamento della vescica dei coaguli e del sangue per mezzo di un grosso catetere uretrale e nella individualizzazione, per mezzo dell'uretro-cistoscopia di Mac. Carthy, dei vasellini sanguinanti, che vengono elettrocoagulati per mezzo di un elettrodo. In questa maniera si riesce rapidamente ad arrestare l'ematuria. V. LOZZI.

L'ATTUALITÀ MEDICA

Vitamine e ormoni.

(KÜHNAU e STEPP. *Münch. Med. Woch.*, numero 3, 1933).

Fino a poco tempo fa si differenziavano nettamente l'uno dall'altro i due grandi gruppi di sostanze stimolanti fisiologiche dell'organismo, le vitamine e gli ormoni: le principali differenze addotte erano la formazione esogena delle prime, endogena dei secondi. Oggi si deve riconoscere che queste differenze non sono così assolute come si credeva: alcune vitamine possono formarsi nell'organismo animale, e nelle malattie da carenza si sviluppano sempre sindromi da deficienza endocrina, per lo più pluriglandolare. Si riscontrano molte analogie tra le vitamine e gli ormoni, sia dal lato chimico che da quello biologico. Chimicamente, si è potuto dimostrare che i rapporti biologicamente constatati tra le vitamine liposolubili e gli ormoni delle glandole sessuali sono dovuti ad analogie chimiche tra i due gruppi di sostanze. Tutti e due i gruppi di sostanze hanno analogie con la colesterina. La sostanza madre della vitamina A è la « carotina »: questa è contenuta in tutti quegli organi degli organismi elevati, che appartengono alla sfera sessuale (ovaie, corteccia surrenale, corpi lutei). Una sostanza colorante lipocromica, la « Xantofilla », di costituzione chimica simile alla carotina, presenta verso la vitamina antisterile E, gli stessi rapporti che intercorrono tra la carotina e la vitamina A. La xantofilla è una sostanza colorante gialla molto diffusa nel mondo vegetale; nel mammifero la si riscontra in quegli organi che hanno anche la proprietà di accumulare la vitamina E (ipofisi, placenta).

Più importanti delle affinità chimiche, sono i rapporti biologici tra le vitamine e gli ormoni. Molto sensibile all'azione delle vitamine è la tiroide: la dietoterapia del morbo di Basedow si basa in gran parte su una abbondante somministrazione di vitamine. I vantaggi che nella detta malattia si ottengono con una dieta ricca di lipoidi (rosso d'uovo, cervello, midollo osseo) sono dovuti al fatto che le vitamine liposolubili di cui i lipoidi sono ricchi, esercitano una azione antagonista agli ormoni tiroidei. Si è potuto infatti dimostrare che la vitamina A è direttamente antagonista alla tirossina. Così l'azione eccitante l'accrescimento della vitamina A viene inibita se contemporaneamente si somministra la tirossina; tirossina e carotina influiscono in senso diametralmente opposto sull'accrescimento in lunghezza delle ossa giovanili e sulla curva del peso di giovani animali. La tirossina inibisce anche l'accumulo della vitamina A nel fegato. Abbondante somministrazione di vitamina A migliora le manifestazioni dell'ipertiroidismo; se si somministra la vitamina in dosi esagerate, si può determinare una ipertrofia della tiroide, evidentemente compensatoria.

Come la vitamina A, anche la vitamina antinevritica ha stretti rapporti con la secrezione interna della tiroide. Così l'avitaminosi sperimentale può decorrere col quadro di una spiccata ipotireosi. Nei piccioni e nei ratti alimentati senza vitamina antinevritica, si riscontrano quali segni di una deficiente funzione tiroidea, la diminuzione del ricambio gassoso, la diminuzione dell'azione dinamico-specifica dell'alimento, la caduta termica, l'inappetenza e la cessazione della peristalsi. La tiroide di animali beriberici contiene molto meno ormone della tiroide normale; animali alimentati senza vitamina antinevritica sono molto più sensibili degli animali normali, di fronte alla tirossina, la somministrazione della vitamina ad animali normali li rende meno sensibili alla tirossina; somministrata in dosi anche minime, la tirossina fa cessare le convulsioni beriberiche.

Ottimi risultati ha dato nella cura del morbo di Basedow, la somministrazione di fegato. L'efficacia sembra essere indipendente dalle vitamine A e antinevritica, e piuttosto in rapporto con la vitamina antipellagrosa. Alla presenza di quest'ultima vitamina si devono in gran parte attribuire i vantaggi della cura del fegato nell'anemia perniciosa. In questa malattia è costante l'achilia, frequente anche nel Basedow. Una alimentazione priva di vitamina antipellagrosa determina forme gravi di anemia, con reperto ematologico simile a quello della perniciosa; la somministrazione di detta vitamina riesce a curare le forme tropicali di anemia megalocitaria (in cui non si ha achilia) non invece la vera anemia perniciosa con achilia. Perchè la vitamina antipellagrosa possa manifestare i suoi effetti curativi sull'ane-

mia, è necessaria la contemporanea presenza di un ormone contenuto nel succo gastrico: vitamina ed ormone formerebbero insieme un complesso antianemico. Castle e Strauss, facendo agire il succo gastrico sulla vitamina antipellagrosa (lievito autoclavato) ottengono preparati che nella cura dell'anemia perniciosa si rivelano ancora più attivi di quelli del fegato. Oltre che sulla tiroide, la vitamina antirachitica agisce anche sulla corteccia surrenale. E difatti nel Beri-beri si osserva una atrofia di tutti gli organi, ad eccezione dei surreni che aumentano di volume in seguito ad ipertrofia della corticale. Questa ipertrofia è una reazione di difesa: infatti la dieta priva di vitamina antinevritica viene tollerata molto peggio dagli animali privati dei surreni, e d'altra parte gli estratti di corteccia surrenale possono guarire la polinevrite dei piccioni alimentati con riso brillato. Poichè l'iniezione di tali estratti fa aumentare il ricambio gassoso allo stesso modo della somministrazione di tiroide o di vitamina antinevritica, dobbiamo ammettere l'esistenza di complicate azioni reciproche tra la corteccia surrenale, la tiroide e la vitamina antinevritica.

Simili azioni reciproche esistono tra la tiroide, le glandole genitali e la vitamina A. Difatti la somministrazione di tiroide o di tirossina rende prima irregolare, sopprime poi del tutto il ciclo estrale dei ratti alimentati normalmente; questi effetti non si manifestano invece, se i ratti erano stati prima tenuti a dieta ricca di vitamine e lipoidi. Questa stessa dieta riesce a ristabilire il ciclo estrale nei ratti in cui esso era stato soppresso in seguito alla somministrazione di tiroide. Le vitamine che agiscono sulle glandole sessuali sono tre: la vitamina A, la vitamina E e la vitamina liposolubile dell'accrescimento di Coward, Key e Morgan. La mancanza di quest'ultima vitamina determina sintomi simili a quelli che si osservano in mancanza dell'ormone follicolare cioè infantilismo genitale, perdita degli istinti sessuali, agalattia, cessazione del ciclo estrale: però la detta vitamina, a differenza della follicolina, è necessaria anche al maschio. I detti sintomi guariscono in seguito ad impianto di lobo anteriore di ipofisi. Anche la vitamina E è indispensabile a tutti e due i sessi. Una parte dei sintomi consecutivi a deficienza di vitamina E si devono attribuire a deficiente funzione del lobo anteriore della ipofisi.

Altri importanti fenomeni di sinergismo esistono tra la vitamina D e gli ormoni paratiroidei. La somministrazione di vitamina D riesce spesso a guarire la tetania paratireopriva; non ha invece effetti sul rachitismo. Questo perchè le modalità di azione degli ormoni paratiroidei e della vitamina D (ergosterina irradiata) sono diverse: i primi fanno aumentare il calcio del sangue mobilizzando quello delle ossa, la seconda, favorendo l'assorbimento intestinale di calcio e di fosforo, e attivando i fermenti fosfatici dell'intestino. Se si somministrano dosi esorbitanti di vitamina D (che superino di 5000-10000 la fisiologica) si determina, come in seguito a somministrazione di ormoni paratiroidei, una decalcificazione dell'osso; manca però la calcificazione dei tessuti quale si ha nella ipervitaminosi D.

Oggi si può stabilire a un dipresso la quantità di ormoni o vitamine necessaria a coprire il fabbisogno fisiologico. L'uomo adopera circa 10 mg. al giorno di insulina, una quantità un po' minore di tirossina; i due surreni contengono circa 10 mg. di adrenalina. Il fabbisogno di vitamine è molto simile a quello di ormoni: 5-8 mg. di vitamina A, 10-12 mg. di vitamina C, 3-4 mg. di vitamina antinevritica. Occupa invece un posto a parte la vitamina D, di cui il bambino adopera circa soltanto 1-2 millesimi di mg. R. POLLITZER.

DIVAGAZIONI

«La storia di San Michele».

La produzione letteraria dei medici ha generalmente poca fortuna. Finisce quasi sempre per essere troppo grave per il gran pubblico, poco interessante per i colleghi. A meno che i medici nei loro scritti letterarî dimentichino o trascurino la loro cultura scientifica. Conan Doyle, che era un buon medico, riuscì solo quando tentò il genere poliziesco.

Il solo libro nel quale la malattia è trattata con profondo senso d'arte, con acuto intuito psicologico è il romanzo « *Le sens de la mort* » di P. Bourget, che non è medico.

Non è così del libro di Axel Munthe.

La storia di San Michele è scritta da un medico, che vede il mondo, oltre che con l'anima di artista e di filosofo, con l'occhio del medico, che narra storie quasi tutte riferentisi alle sue attività di medico.

Il successo del libro è stato straordinario: nel corso di pochi anni venti edizioni dell'originale inglese, traduzione in molte lingue, cinque ristampe dell'edizione italiana.

Il libro è stato variamente definito. Autobiografia o memorie?

In verità il dottor Axel Munthe che si è dimostrato sempre sprezzante del vano rumore, non poteva sentire il bisogno di far conoscere *la sua vita*.

Ed in effetti egli nella *Storia di San Michele* poco, quasi nulla, ci racconta dei suoi casi intimi.

Quel che ci fa sapere di sè stesso costituisce un accenno necessario per rischiarare le situazioni.

La successione dei tempi è tutt'altro che evidente, e mancano persino le date. Possiamo renderci conto dell'epoca nella quale l'autore ha vissuto e vive solo dai fatti narrati in riferimento a uomini e casi a noi noti. Egli fu

allievo di Charcot, esercitò a Roma quando splendeva l'astro Baccelli, prestò la sua opera a Napoli durante la grande epidemia colerica, accorse a Messina subito dopo il terremoto.

Niente quindi autobiografia, forse memorie, nelle quali, comunque, l'autore pur non avendo sempre una parte prevalente come attore, domina sempre con la sua individualità fiera e sentimentale.

A parte la classificazione letteraria è certo che si tratta di un'opera di molto pregio, un libro che appassiona e fa pensare.

La narrazione dei singoli episodî procede in modo avvincente e precipita in soluzioni sensazionali e inaspettate, per quanto logiche in rapporto ai precedenti abilmente accennati.

Fatti drammatici e passionali si alternano o si confondono con situazioni comiche o ridicole.

L'*humour* ricorda quello di Dickens; le pagine sul colera di Napoli e sul terremoto di Messina ricordano Manzoni.

Il dottor Munthe corre il mondo alla ricerca della pace e della luce di cui è assetato. Ma il suo pensiero ritorna sempre nostalgicamente ad una visione di suprema bellezza, a Capri che egli visitò durante la giovinezza.

Negli ospedali e nell'esercizio professionale a Parigi, come studente, come medico generico e come specialista per le malattie nervose non ha visto che dolori. Le delusioni sull'efficienza della medicina, la bassezza di medici e malati lo intristivano e lo deprimevano. E si rifugiava con tutta la forza del desiderio e dell'immaginazione sulle roccie più alte dell'isola magnifica, a San Michele, dove sulle rovine del palazzo di Tiberio, l'imperatore calunniato, sognava edificare una villa per isolarsi in pace ed espandere il suo spirito nello splendore della natura.

Ecco la ragione del titolo del libro.

A seguito di un dissenso con Charcot, che culminò in un alterco vivace, Axel Munthe passò a Roma. Qui come a Parigi diventò medico alla moda, specie presso la ricca, ed allora folta colonia straniera.

L'anticamera dell'appartamento di Piazza di Spagna era sempre affollata di clienti, come lo era precedentemente quella dell'Avenue Villiers.

Egli attribuisce il suo successo professionale più che alla propria cultura ed esperienza, alla fiducia che ispirava a tutti. È questa una capacità che non si può acquistare leggendo libri o visitando malati. È un dono magico che si ha naturalmente, e che costituisce l'essenziale non solo per la fortuna del medico ma anche per l'efficacia delle cure.

Forse questo fluido di simpatia scaturisce come una reazione alla pietà più o meno manifesta che il medico ha per i suoi malati.

E Axel Munthe è sempre compassionevole anche quando può sembrare aspro o sprezzante.

Ha pietà di chi soffre, ricco o povero, ma ha più simpatia per gli umili fra i quali si prodiga con più passione, con più soddisfazione.

Non ha in grande stima l'umanità raffinata ed ha invece un'inclinazione istintiva verso i semplici. L'uomo di Capri ingenuo, buono e fedele gli ispira un inno alato.

Questa tendenza spiega il suo sconfinato amore per gli animali. Ed a questo amore liricamente e tenacemente affermato si deve la recente legge che proibisce la caccia degli uccelli a Capri.

Quantunque avesse esercitato con disinteresse, l'attività professionale gli consentì di realizzare a San Michele il sogno di tutta la sua vita.

Ma non si quietò il suo spirito.

Dominato dalla malinconia e da un inappagabile desiderio di perfezione, il suo pensiero ricorre sempre alla morte.

La triste collega, che egli aveva tante volte inutilmente combattuto, è la liberatrice. Ma conviene che essa sia dolce, senza dolore.

Munthe è un sostenitore convinto dell'uccisione pietosa.

La morte è uguale per tutti nel senso che colpisce inesorabilmente ogni essere vivente, ma è iniqua quando per alcuni spegne dolcemente o smorza improvvisamente, e per altri s'indugia e si trastulla prima di dare il colpo finale.

Spetta al medico renderla veramente giusta ed equa, mutando l'angoscia in pace, l'agonia in sonno.

E così auspica lo scrittore la sua morte.

Scacciato da San Michele dalla vecchiaia e dalle infermità sogna di essere morto.

E, lui protestante, sogna di abbandonare il capo sulla spalla di San Francesco, il Santo che non giudica ma ama.

In questa fine è condensato in un simbolo tutto il desiderio di pace e di bene, di morte e di vita, la necessità di morire per rivivere nell'amore.

Le memorie di Axel Munthe non ci raccontano nulla o quasi della sua vita erotica.

Ma l'amore spira da per tutto come pietà attiva per gli infelici e per gli indifesi, come ammirazione entusiasta per il bello e per il buono, come un desiderio sognante di ritorno alla natura, là dove non è più dolore.

Forse tutto ciò ha spinto a Capri il medico svedese.

Lì la natura con la solenne e dolce sinfonia dei colori e delle linee, con il melodioso silenzio commentato dal lontano mormorio delle onde desta una vaga e confusa tendenza all'identificazione con l'universo.

Lì si desidera di confondersi con l'infinito, come si desidera di morire nelle braccia della donna amata.

argo.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

OSCAR R. MAROTTOLI. *Contribucion al estudio de la patologia quirurgica de la cadera.* Volume in-8° di pagg. 260. Ed. Amorrortu, Buenos Ayres, 1932.

Questa magnifica pubblicazione, ricca di circa 60 *clichés* radiografici e 20 fotografici, si intitola modestamente « Contributo », ma tratta a fondo, in maniera esaurientissima, delle questioni di interesse scientifico e pratico inerenti alla patologia chirurgica dell'anca. Un indice del suo valore e della sua importanza si ha nel fatto che essa ha meritato il premio « Pasquale Palma », di diecimila pesos (circa L. 70.000).

D'altra parte l'autore non è alle prime armi, poichè ha già al suo attivo una ventina di pubblicazioni, quasi tutte inerenti alla branca di chirurgia ortopedica, apparse nelle principali riviste mediche argentine. Lo spunto allo studio delle questioni trattate in questa monografia, gli venne quattro anni or sono, quando ebbe occasione di osservare e seguire al Policlinico un bambino che presentava il quadro clinico apparente di una coxite tubercolare, mentre lo studio radiografico e l'osservazione più meticolosa dimostrarono che invece si trattava di un caso di osteocondrite deformante. Si convinse allora che le affezioni chirurgiche dell'anca nei bambini presentano molti aspetti non ben chiariti, che talvolta rendono assai difficile la diagnosi, danno luogo ad errati pronostici e trattamenti e lasciano nell'animo del medico una sensazione di strana incertezza e confusione: poichè evidentemente la coxite, se è gran parte delle coxopatie dell'infanzia, non le comprende tutte. Da allora il Marottoli si diede con alacre spirito giovanile a studiare profondamente l'argomento e in questi quattro anni ha raccolto e consultato quanto di meglio era stato pubblicato in argomento nella letteratura medica universale e sopratutto ha fatto tesoro di un grandissimo numero (93) di casi studiati clinicamente e radiologicamente con la maggiore accuratezza.

Non è possibile fare un riassunto dell'ampia e bella monografia, perchè risulterebbe o prolisso o scheletrico. Per avere un'idea adeguata dell'importanza e della completezza della pubblicazione, basta indicare il titolo dei vari capitoli che sono: 1) *Embriologia dell'articolazione coxofemorale;* 2) *Fisiologia normale e patologica dell'articolazione coxofemorale;* 3) *Studio radiologico dell'anca normale;* 4) *Semiologia chirurgica dell'anca;* 5) *Patologia chirurgica dell'anca.* Ogni capitolo è studiato e trattato in maniera esauriente, tenendo in conto tutta l'esperienza anteriore sull'argomento, esperienza tratta da tutta la letteratura medica e da una larghissima casuistica, le quali non sono soltanto accennate, ma discusse in modo direi quasi magistrale, se non lo vietasse la giovane età dell'autore. Dall'ultimo capitolo, sulla patologia chirurgica dell'anca, il Marottoli ha escluso di proposito lo studio nosologico completo della coxite e della lussazione congenita, le due lesioni dell'anca più frequenti nell'infanzia, poichè non ha inteso di fare un trattato di tutta la patologia chirurgica dell'anca, ma ha soltanto voluto apportare un contributo personale nello studio di alcune sindromi chirurgiche meno comuni, come la osteoartrite, l'osteocondrite, ecc. In tale capitolo egli, dopo aver discusso le principali classificazioni altrui delle sindromi chirurgiche dell'anca, ne propone, come modesto saggio, una propria basata sulla presenza o assenza di « alterazione primitiva degli elementi articolari dell'anca ». Anche se non si possa accettare senz'altro una tale classificazione, essa dimostra nell'autore una conoscenza vasta e uno studio profondo della patologia dell'anca nei bambini.

Chiunque abbia occasione di occuparsi delle malattie dell'anca nei bambini, sia dal lato medico che ortopedico e chirurgico, consulterà con molto profitto questa monografia che mette bene a punto questioni molto importanti come quella dell'osteocondrite deformante, che da quando fu nosologicamente identificata, circa venti anni or sono, è stata sempre oggetto di tante discussioni. CESARE JANNUZZI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

V. M. PALMIERI. *L'alcoolismo come problema medico-legale.* Un vol. in-8° di 236 pagine, con fig. Istituto editoriale scientifico, Milano. L. 28.

Tema di fanatiche esagerazioni da comizio che hanno culminato nel grossolano errore del proibizionismo, il problema dell'alcoolismo non è molto noto nei suoi precisi particolari alla gran parte dei medici mentre, d'altra parte, è questione di grande importanza specialmente dal punto di vista sociale per i gravi effetti che l'intossicazione alcoolica può avere sull'individuo, sulla razza, sulla società.

Molto opportunamente quindi l'A., che dell'alcoolismo si occupa da tempo anche con ricerche sperimentali originali, ci presenta qui la trattazione di tale materia, fatta con rigoroso spirito scientifico ponendo il problema nei suoi termini esatti. Espone dapprima i diversi fattori genetici dell'alcoolismo, quelli costituzionali e clinici e quelli occasionali, l'azione dei diversi tipi di bevande alcooliche e la sintomatologia dell'alcoolismo acuto e cronico.

Entra poi nel vivo della parte medico-legale, indagando l'alcoolismo come fattore di criminalità e di lesioni colpose, in rapporto alle assicurazioni sociali e si occupa della responsabilità penale e della capacità civile degli alcoolizzati secondo la legislazione dei diversi paesi.

Tutt'altro che agevole si presenta spesso la questione della diagnosi medico-legale dell'alcoolismo e non soltanto di quello cronico, ma anche talvolta della stessa ubbriachezza. Ai criterii spesso fallaci generalmente usati per tale diagnosi, si oppongono quelli più precisi (ricerca dell'alcool nel sangue, nell'urina, nell'aria espirata, nel liquor) che l'A. espone in tutti i particolari descrivendo accuratamente i varii metodi e sottoponendoli a fine critica, in modo da attribuire a ciascuno di essi il loro reale valore. Con la sostituzione di una cifra ad un concetto vago, con il giusto apprezzamento di essa, si poggia su basi sicure il giudizio.

Il libro del Prof. Palmieri che riunisce una quantità di nozioni che sarebbe malagevole trovare altrove è indispensabile per chiunque si occupi di questioni medico-legali ed è assai utile per tutti quanti hanno a cuore il grave problema dell'alcoolismo. *fil.*

P. Modinos. *Le traitement des toxicomanes et la phlycténothérapie.* Editori Baillière et Fils. Parigi. Frs. 24.

Il Dr. P. Modinos, medico dell'ospedale Europeo di Alessandria d'Egitto, che si vanta di avere introdotto nella terapia delle infezioni la flittenoterapia (iniezione sottocutanea di siero dello stesso infermo ottenuto mediante vescicatorio), ha adottato lo stesso metodo nel trattamento dei tossicomani (oppio e derivati, hascisch e cocaina).

L'abbondante casistica fornita dall'autore tende a dimostrare che dopo un numero vario d'iniezioni i pazienti non sentono più il bisogno del tossico. Dr.

Giuseppe Tropeano. *Figli illegittimi.* Volume in-8° di pagg. 350. 2ª Ed. A. Morano, Napoli, 1933. L. 20.

È una documentazione ampia e lucidissima di quel congegno assistenziale medioevalissimo, destinato a tramontare per virtù del Regime, in omaggio ad una politica demografica, che non può ammettere più nessuno di quei feroci anacronismi contenuti nell'organizzazione e nel funzionamento dei Brefotrofii in genere.

L'A. che ha avuto la rara fortuna di amministrare il più grande Brefotrofio nostro, l'Annunziata di Napoli, e studiare quasi tutti i congeneri Istituti della Nazione e un po' anche dell'Estero, presenta in questa sua pubblicazione tutti gl'inconvenienti, i pericoli, i delitti, che i Brefotrofii consacrano, senza prestare l'assistenza voluta.

Dopo uno studio minuzioso, ed una lunga pratica di tale antica forma di beneficienza, viene alla logica conclusione della sua abolizione, sostituendola con grandi Centri di assistenza materna ed infantile, con la ricerca della maternità e della paternità, con la totalitaria applicazione della fascistissima legge sulla Maternità ed Infanzia. A. Pozzi.

Methods and problems of medical education. Un vol. in-8° di 226 pag. con numerose figure. The Rockefeller Foundation, New York, 1932.

Si chiude con questa XXI puntata la serie di questi volumi, iniziatasi nel 1924 ad opera della Fondazione Rockefeller. In essi sono descritti, con piante e fotografie, i più importanti istituti scientifici ed ospedalieri e sono trattati i principali metodi di insegnamento.

Il presente volume si occupa soprattutto della questione dell'istruzione delle infermiere per l'assistenza ai malati e di quelle per la vigilanza igienica. Per ogni scuola descritta, sono riportati i metodi di studio, gli orarii, le condizioni di lavoro, ecc.

In questo volume non figura l'Italia, di cui nei precedenti sono stati descritti i seguenti Istituti. Anatomia normale, Milano (F. Livini). Fototerapia, Firenze (C. Pellizzari). Medicina legale di Roma, Siena, Torino (S. Ottolenghi, C. Biondi e M. Carrara). Patologia generale sperimentale, Firenze (A. Lustig). Fisiologia, Milano (C. Foà). Clinica medica, Roma (G. Sabatini). Radiologia medica, Roma (A. Busi). Anatomia, istologia ed embriologia, Torino (G. Levi). *fil.*

Wiener Archiv f. innere Medizin. Vol. XXIII, n. 2. 348 pag. 25 fig. Urban u. Schwarzenberg, Wien, 1932. Prezzo RM. 15.

Questa puntata contiene i seguenti lavori: *Parotide e ricambio degli idrati di carbonio* (E. Flaum). *Forma neurogena del complesso sintomatico di Adams-Stokes* (E. Flaum e R. Klima). *Un caso di osteosclerosi generalizzata* (H. Fritsch). *Influenza dell'insulina e dello zucchero sulla cetonemia dei malati di fegato* (J. Blöch). *La questione della parasistolia* (F. Faltischeck e D. Scherf). *Quadri morbosi decorrenti parallelamente* (E. Rosenthal). *Azione nell'ipertireosi della tiroxina ai primi stadii priva di jodio* (W. Raab). *Misurazioni pneumatografiche delle oscillazioni di volume intratoraciche* (F. Hinteregger). *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 10 febbraio 1933.
Presidente: prof. VANZETTI.

Studio cronassimetrico di un caso di tetania cronica.

Dott. MASPES e VISENTINI. — In questo caso le alterazioni della cronassia erano quasi permanenti e l'aumento spesso notevole della cronassia era limitato ai muscoli estensori delle dita e della mano; sui m. flessori invece si trova un abbassamento anche notevole. Le alterazioni in tutti i casi prevalgono sul punto motore mentre il muscolo è spesso normale. Il fatto saliente consiste nell'alterato rapporto dei muscoli antagonisti che per esempio per l'estensore del quarto dito e per il suo flessore oscillava tra 8:1 e 19:1 invece di 2:1 come normalmente. Tale fatto spiega il tipo di spasmo prevalentemente flessorio dell'accesso tetanico e fa ritenere che avvenga una perturbazione dell'innervazione centrale.

Discussione: PENNACCHIETTI.

La benzino terapia dell'asma bronchiale.

Dott. GOLDBERGER. — Tredici p. vennero trattati durante un anno; e fin dopo la prima iniezione di 1/2 cmc. di una soluzione oleosa di benzina al 30 %, presentarono un miglioramento sorprendente. Le iniezioni si ripeterono ogni 5-6 giorni con la stessa dose; dodici malati sono guariti, solo uno dopo qualche mese è ritornato presentando sintomi di asma bronchiale e dopo ripetizione della cura anche questo è guarito.

L'iniezione procura dolori intensi specie alla 2ª-3ª giornata, febbre, infiltrazione nella sede dell'iniezione e gli accessi di asma talora si fanno più frequenti nelle prime 24 ore. Una sola persona affetta da albuminuria ebbe forte ematuria dopo la seconda iniezione.

Negli ultimi casi in luogo di benzina l'O. adoperò una soluzione di idrocarburi leggeri, che denominò « asmastop » che sulla benzina ha il vantaggio di non provocare gli intensi fatti locali causati dalla stessa.

Osservazioni e rillevi nella cura della anemia perniciosa con estratti iniettabili di fegato.

Prof. DOMINICI, dott. MARENGO e PESCARMONA. — Gli OO. riferiscono la storia clinica di tre p., sicuramente affetti da anemia perniciosa e senza complicazioni rilevabili, nei quali l'effetto della somministrazione parenterale di estratti iniettabili di fegato è stato assai meno pronto e talvolta anche poco evidente e comunque inferiore a quello con fegato crudo *per os*. Gli estratti iniettati erano di diversa provenienza e si è osservato che anche aumentando la dose considerata in genere come sufficiente, o ricorrendo alla via endovenosa, non veniva accresciuto in modo decisivo l'effetto sulle manifestazioni della malattia, notandosi inoltre che i sintomi generali erano più facilmente influenzati che le alterazioni morfologiche proprie. Gli OO. ritengono che la causa dell'azione talvolta scarsa degli estratti iniettabili sia verosimilmente da ricercare nella loro eccessiva depurazione, che finisce per attenuarne l'attività, non dimenticando la diversa individuale capacità di reagire all'apporto specifico. Nelle iniezioni endovenose occorre forse pensare anche ad una troppo rapida eliminazione della sostanza attiva. Come conseguenza pratica se ne deduce che le dosi devono essere in genere elevate ad un totale che sorpassa di gran lunga la media generalmente ammessa associando in casi di bisogno opportuni quantitativi di fegato per via gastrica.

VILLATA.

Società Lombarda di Chirurgia.

Seduta del 3 febbraio 1933.
Presidente: Prof. M. DONATI.

DI NATALE L. — *Invaginazione abituale della prima ansa del digiuno immediatamente al di sotto dell'angolo duodeno-digiunale.*

LORENZETTI C. — *Amputazione interscapolo-toracica* (presentazione dell'operato).

GRIGNANI R. — *Amputazione interscapolo-toracica per sarcoma recidivo della scapola.*

Discussione: PIZZAGALLI, LORENZETTI, DONATI.

LUSSANA S. — *Intervento riparativo di esiti di inadeguato trattamento di fratture multiple dell'arto inferiore.*

Discussione: ETTORRE, LUSSANA.

Sindrome ulcerosa duodenale da pancreas accessorio del digiuno.

NAVA E. — L'O. dopo aver illustrata un'osservazione di pancreas aberrante a sede digiunale passa alla trattazione sintetica della patologia e della clinica di questa anomalia curando particolarmente lo studio della patogenesi dei disturbi che conseguono alle localizzazioni dei pancreas aberranti nello stomaco, nel duodeno e nel digiuno.

Discussione: ETTORRE, DONATI, CIMINATA, NAVA.

Metodo clinico per determinare il peso specifico di quantità minime di urina e sua applicazione allo studio della funzionalità renale separata.

ASCOLI R. — L'O. propone un semplice metodo per determinare il peso specifico di poche goccie di urina. Tale metodo è di evidente utilità sotto il punto di vista diagnostico-funzionale tutte le volte in cui, per mezzo di un catetere uretrale, non si sia riusciti a raccogliere che minime quantità di urina. Esso è basato sul principio che una goccia d'acqua o di urina immersa in un liquido non miscibile con essa galleggia, resta sospesa o a fondo a secondo che il suo p. s. è minore, eguale o maggiore di quello del liquido ambiente. Egli ha utilizzato quale liquido ambiente delle adatte miscele di benzolo e solfuro di carbonio.

Discussione: DONATI.

Trattamento broncoscopico della atelettasia polmonare postoperativa.

PERONI A. — L'O. comunica un caso di atelettasia post-operativa nel quale l'aspirazione broncoscopica del secreto bronchiale portò ad una risoluzione quasi immediata del processo. Dall'osservazione broncoscopica del caso egli trae conclusioni che stanno in favore dell'idea che in questo processo si abbia a che fare con una disfunzione bronchiale riflessa.

Discussione: DONATI, PERONI.

Il Segretario: E. ETTORRE.

Società Medico-Chirurgica Bergamasca.

Presidente: Prof. D'ALESSANDRO.

Seduta del 27 dicembre 1932.

Prof. CLAUSER. - *Anemia perniciosa in gravidanza.*

Polineurite quadriplegica acuta di natura reumatica.

Dott. VERTOVA. — L'O. ha esposto il caso di un giovanotto di 25 anni colpito in pieno benessere da una malattia avente carattere acuto tossi-infettivo, localizzata nei nervi periferici degli arti e che, dopo una discussione differenziale con la poliomielite anteriore acuta diagnostica « polineurite quadriplegica acuta ». Circa la sua natura pone in rilievo la causa perfrigerante e le varie cause che possono aver cooperato al determinismo e all'evoluzione della malattia. L'O. è convinto che la ripetuta perfrigerazione associata a particolari stati umorali, possa favorire l'impianto e lo sviluppo di agenti tossici infettivi, oggi purtroppo ancora ignoti, che, attaccate le terminazioni nervose, determinano una degenerazione più o meno accentuata delle fibre nervose e danno luogo a quadri clinici di particolare imponenza, fino a raggiungere la classica sindrome di Landry. Nonostante però una gravità di fatti tale da consigliare una prognosi riservata, nel caso esposto l'O. ha ottenuto in tempo relativamente breve la completa *restitutio ad integrum* delle funzionalità delle parti colpite.

La pneumoconiosi nei lavoratori di barite.

Prof. L. FECI. — L'O. è stato condotto da un osservazione fortuita a ricercare nei lavoratori di barite e baritina (solfato di bario naturale) l'esistenza o meno di alterazioni polmonari riferibili ad un processo pneumoconiotico. In un primo gruppo di operai esaminati ebbe risultato nettamente positivo nelle proporzioni del 60 %, ritrovandovi i diversi aspetti con cui si palesa radiograficamente la pneumoconiosi e precisamente:

a) Un quadro miliariforme costituito da un'eguale disseminazione in tutti e due i campi polmonari di finissime immagini stellate di intensità d'ombra notevoli.

b) Quello più comune di una marcata accentuazione delle strie bronco-linfo-vasali disseminate in tutto l'ambito polmonare associata ad iperplasia delle ombre ilari.

c) Quello di una localizzazione prevalentemente ilare con ammassi di opacità quasi metallica e strie divergenti molto marcate.

d) Infine degli agglomerati intraparenchimali multipli ed ilari associati, pure di opacità calcarea.

I soggetti esaminati erano anamnesticamente indenni sia da tare ereditarie che da malattie pleuro-polmonari pregresse od in atto. Non presentavano che segni lievi di catarro bronchiale.

Da una inchiesta sommaria condotta nel reparto sanitario dell'ospedale di Bergamo e nella fabbrica di bario di Calolzio l'O. ritiene che si debba escludere che questa forma pneumoconiotica (che l'O. propone di chiamare *baritinosi*) sia propizia allo sviluppo di infezione tubercolare, ma avrebbe anzi un'azione protettiva.

Seduta del 25 gennaio 1933.

Su di un caso della così detta "sifilide maligna precoce Queyrat"

Dott. BURBI. — L'O. prende occasione dalla descrizione di un caso di sifilide maligna precoce Queyrat, per passare in rassegna le diverse opinioni sulla patogenesi di tale forma morbosa. Espone quindi vedute personali sul valore del fattore « reattività soggettiva » fondate su ricerche cliniche relative alla attività granulopessica del S. R. E. studiata col rosso Congo.

Reperti epatici in stati di distonia.

Dott. PISTONI. — L'O. ha studiato il comportamento del sangue: Hb, globuli rossi, globuli bianchi, e le modificazioni della velocità di sedimentazione dei globuli rossi, della colesterinemia e della calciemia in 30 casi di sindromi simpatiche, rilevando una notevole costanza di alterazioni, specie a carico del calcio e della colesterina in diretto rapporto con modificazioni dell'equilibrio del sistema neurovegetativo.

Il Segretario: Dott. CASTELLI.

Società Medico-Chirurgica Trevisana.

Seduta del 17 febbraio 1933.

Dott. F. ZUCCARDI, MERLI e M. BORTOLOZZI. — Gli OO illustrano un caso di *sinusite mascellare* di origine assai dubbia in una ragazza di 20 anni. La paziente è stata curata chirurgicamente sospettandosi di un neoplasma. Dalle colture del materiale asportato fu potuto isolare facilmente il *Saccharomyces roseus*, che gli autori ritengono esser stato in questo caso l'agente causale della malattia.

Prof. DE GIRONCOLI. — Dopo aver discusso i *metodi operatori per i tumori della vescica*, ha illustrato (con presentazione del soggetto) un caso da lui operato tre anni addietro di cistectomia totale per carcinoma vescicale, con trapianto degli ureteri nell'intestino.

Prof. MARINO LAPENNA. — Sulla scorta di alcuni casi studiati anche radiologicamente, e di cui presenta e dimostra i radiogrammi, l'O. passa ad esporre in rapida sintesi quale grande contributo possa dare la radiologia, in stretta collaborazione con la clinica, per svelare la sede e l'estensione di *processi neoplastici che invadono la cavità cranica*. L'O. in base alla sua esperienza, afferma che per dare risultati probativi la radiologia della base cranica deve disporre di mezzi tecnici e di tutti quei dati clinici che la semeiotica neurologica è in grado di svelare. È possibile allora giungere a risultati concreti ed efficaci, assai superiori a quanto comunemente si possa supporre.

Dott. M. L. DE MARCHI. — Riferisce su di un caso di *morbo di Recklinghausen* a localizzazioni multiple, portato all'esame radiologico con diagnosi di coxite destra. Nel femore, oltre al processo distrofico, v'erano segni di osteomielite cronica. Presentando l'ammalata un lieve aumento del Ca sanguigno, verrà operata di paratiroidectomia.

Prof. DOMENICO CALZAVARA. — Nei casi di *incontinenza essenziale di urina* ribelli ai trattamenti medici e fisici, bisogna pensare ad una compressione del fascio durale a livello del segmento lombo-sacrale per opera di briglie connettive (Delbét e Léri). L'O. presenta ed illustra due casi di tal genere operati con successo.

S.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le emorragie genitali postclimateriche da causa non maligna.

È sempre giustificato il sospetto che le emorragie genitali post-climateriche dipendano da carcinoma e si deve quindi ricercare anzitutto questa causa. Ma vi sono molti casi in cui essa può essere esclusa e si può così togliere una grave preoccupazione. F. Lehmann (*Med. Welt*, 5 nov. 1932) ne tratta abbastanza ampiamente.

(Può anzitutto trattarsi di emorragie che provengono da parti non genitali: emorroidi, ragadi, polipi o carcinomi rettali, oppure dall'uretra (prolasso dell'uretra).

Alla *vulva*, si possono avere i vari tipi di ulcerazioni: luetiche, tubercolari, *ulcus rodens*, linfogranuloma inguinale, estiomene. Ma anche la blenorragia od un semplice *fluor*, con perdita di sostanze superficiali, per lo più allo sbocco delle ghiandole vestibolari, possono provocare emorragia.

Analoghe affezioni possono aversi alla *vagina;* vi si aggiunge la vaginite senile con disepitelializzazione, che lascia un tessuto granulante e facilmente sanguinante. Si tenga presente che la secrezione in caso di carcinoma è sanguinolenta e puzzolente.

Rare sono le erosioni nella porzione vaginale dell'utero senile; al collo, si possono avere, anche nelle vecchie, dei polipi banali, i quali però vanno esaminati accuratamente al microscopio per stabilirne con certezza la natura.

Per quanto riguarda le emorragie dal corpo uterino, si osserva anzitutto che anche dopo la menopausa, possono aversi normalmente delle perdite sanguigne: nel 36 % dei casi nei primi 4 mesi, nell'89 % da 4 a 12 mesi, nell'87 % dopo un anno; spesso esse compaiono con tutti i sintomi dei consueti mestrui. Può trattarsi, in qualche caso, di disturbi circolatori locali derivanti da affezioni generali: ipertonia, arteriosclerosi, vizi cardiaci; talora si ha la vera apoplessia uterina. La stasi nell'utero può anche derivare da un tumore ovarico.

Nei casi sospetti, si ricorra all'esame istologico (biopsia). *fil.*

Hydrops tubae profluens simulante travaglio di parto abortivo in presunta gravida.

A. Duca (*La Clinica ostetrica*, genn. 1933) riferisce un caso interessante per l'errore diagnostico a cui diede motivo. Una donna, per la scarsezza o quasi assenza delle mestruazioni, per l'aumento di grossezza di una varice (fatto riscontrato in precedente gravidanza) e credendo di percepire dei movimenti al basso ventre, ha il sospetto di essere incinta e si fa visitare da uno specialista che conferma la gravidanza. La donna continua a percepire le sensazioni addominali che interpreta per moti attivi fetali, finchè al VI mese dopo la mancanza dei mestrui viene presa da forti dolori al ventre ed avverte la fuoriuscita dalla vagina di una discreta quantità di liquido incoloro ed inodoro, che essa interpreta per « le acque » e si fa accompagnare alla Maternità.

Quivi si esclude la gravidanza e si riscontra ingrossamento e prolasso annessiale. All'intervento, si trovano le salpingi con tipica forma di storta contenente liquido limpido e trasparente; si asportano d'ambo i lati; guarigione.

Il presunto liquido amniotico proveniva quindi dalle tube. È evidente l'errore della diagnosi di gravidanza da parte di chi visitò la paziente al terzo mese. L'oligomenorrea avvertita dalla donna può essere ritenuta in rapporto con la degenerazione micropolicistica dell'ovaio; l'insorgenza della varicosità, che la donna attribuiva a segno di gravidanza, può essere considerato come conseguenza di un'alterata funzione dell'ormone ipofisario e consecutivo abbassamento del tono delle fibre muscolari liscie delle vene.

Il caso ha interesse medico-legale perchè in presenza di tali fatti si può anche pensare ad aborto criminoso con occultamento del feto. *fil.*

Artrite del pube in puerperio.

D. Marcucci (*La Clinica ostetrica*, gennaio 1933) riferisce su due casi osservati di questa forma rara di artriti del pube in puerperio. Ne distingue due forme: 1) *Asettica.* La paziente, già negli ultimi mesi della gravidanza, avverte dolori alla regione pubica, che si fanno più sensibili col progredire della gravidanza stessa e diventano vivi dopo il parto, specialmente nei movimenti per mettersi a sedere nel letto, con gli arti inferiori fermi e ravvicinati. Obbiettivamente: regione soprapubica un po' elevata, modica infiltrazione del periostio del pube; palpazione dolorosissima, dolore violento alla esplorazione vaginale, quando si tocca la sinfisi. Il dolore è risvegliato dai movimenti passivi di adduzione e rotazione esterna degli arti inferiori; qualche volta, disuria e pollachiuria; temperatura, tutt'al più qualche decimo di aumento, la sera. Dopo una ventina di giorni, i dolori vanno diminuendo e la paziente dopo circa otto settimane può riprendere la vita normale. 2) Nella *forma suppurativa*, l'aggravamento dei dolori al pube è brusco e segnato da febbre alta, brivido e stato settico. I segni di cui sopra appaiono qui più gravi e violenti; compare una tumefazione alla regione soprapubica, dolorosissima, spesso estendentesi

alle grandi labbra, con edema talora molto notevole. Dopo un periodo breve (di alcuni giorni) la raccolta purulenta si rende manifesta con la fluttuazione alla regione soprapubica ed alle grandi labbra.

La diagnosi, in presenza del quadro obbiettivo si presenta abbastanza facile. La regolare involuzione dell'utero e la negatività della esplorazione vaginale fanno escludere le affezioni puerperali dell'utero ed annessi; la sede del dolore fa escludere le affezioni coxo-femorali; i disturbi vescicali eventualmente presenti non hanno il carattere di quelli della cistite, malattia che viene esclusa anche dall'esame delle urine.

Il decorso è abbastanza lungo; la prognosi *quoad vitam* è buona, poichè non è citato nessun caso di morte; in generale, buona la prognosi dal lato funzionale

Come trattamento, gli abituali mezzi medicamentosi contro il processo settico e l'assoluta immobilizzazione mantenuta a lungo. Se si forma la raccolta purulenta, svuotamento, o allo spazio triangolare soprapubico, oppure fra il grande e piccolo labbro, preferibilmente con due incisioni nei solchi interlabiali; questa via assicura meglio il drenaggio. *fil.*

L'infezione gonococcica materna nei suoi rapporti con lo sviluppo della prole.

A. Malagodi e M. Ortolani (*La Pediatria del Medico Pratico*, vol. VII, n. 9, sett. 1932), sull'appoggio di dati statistici tratti dall'osservazione di un migliaio di lattanti, segnalano che i bambini nati da donne con infezione blenorragica in atto presentano con grande frequenza anomalie dello sviluppo e dell'accrescimento. Anche se nati a termine il loro peso è per lo più sensibilmente inferiore alla norma ed in quei soggetti in cui lo sviluppo è normale alla nascita si rivela ben presto una spiccata debilità costituzionale.

Pur essendo allattati ottimamente il loro peso rimane lungamente stazionario. Non di rado senza disturbi digestivi si istituisce uno stato distrofico difficilmente correggibile che si accompagna ad un'ipotonia muscolare notevole. Per tali condizioni e per la speciale disposizione che presentano alle malattie la loro mortalità è particolarmente elevata.

R. GARBINI.

La diagnosi di gravidanza extrauterina.

La diagnosi di gravidanza extra-uterina (*The Lancet*, 8 ottobre 1932), è sempre un problema arduo perchè a volte può mancare la sospensione mestruale, o l'emorragia può comparire poco prima del momento in cui dovrebbe comparire la mestruazione o l'emorragia dura poco. La reazione di Aschheim-Zondek è importante, ma ha valore solo se positiva, perchè scompare rapidamente dopo la morte del feto o dopo che ci sia una modificazione della circolazione placentare. Se non si ha la rottura della gravidanza extra-uterina, la diagnosi è ancora più difficile. L'ematocele della gravidanza extra-uterina si può confondere con un utero retroflesso. Se c'è dolore, la gravidanza extra-uterina è a destra e si può confondere con l'appendicite (da cui si può distinguere perchè nell'appendicite c'è leucocitosi). Non è nemmeno da escludere la possibilità che appendicite e gravidanza extrauterina coeistano.

La diagnosi è più facile a gravidanza tubarica rotta per il quadro di anemia grave e per i fatti addominali. La puntura esplorativa è consigliata da alcuni a scopo diagnostico, ma altri la ritengono dannosa. R. LUSENA.

L'ormonizzazione sessuale della donna in alcuni casi di otopatia.

In alcuni momenti della vita sessuale della donna e precisamente in quelli caratterizzati da ipo- o disfunzione utero-ovarica, si manifestano talora disturbi auricolari, estrinsecantisi con forti rumori subbiettivi, indi con diminuzione della funzione uditiva, talora con vertigini. Contemporaneamente, si può avere ipertensione arteriosa.

Tali due gruppi di fenomeni patologici sembrerebbero collegati fra loro per il potere ipotensivo degli ormoni ovarici, potere che verrebbe assai diminuito, se non addirittura annullato, da alterazioni ovariche o dalla menopausa, a tutto vantaggio degli ormoni a potere ipertensivo del gruppo ghiandolare antagonista.

In base a tali considerazioni, M. Mancioli (*Il Valsalva*, ottobre 1932) ha sperimentato l'azione di una sostanza ormonica contenuta nell'umore del follicolo di Graaf (estro-follicolina) con aggiunta di estratto di tiroide, in un gruppo di 15 otopazienti, sofferenti dei disturbi sopra accennati. Ha iniettato il rimedio a dosi di 1-3 cmc., incominciando con 1 e ripetendo le iniezioni per 5-8 volte. Generalmente, la iniezione determina una esacerbazione dei sintomi, che in seguito vanno attenuandosi. In 13 delle pazienti, nelle quali i disturbi auricolari potevano mettersi in rapporto con disturbi ovarici (menopausa, cisti ovarica, ecc.) i risultati furono soddisfacenti; negli altri 2 casi, in cui i disturbi già preesistenti si erano soltanto accentuati nel periodo della menopausa (indipendenti quindi da disfunzione ovarica) tale terapia non diede risultati. *fil.*

SEMEIOTICA.

Valore diagnostico del chimismo gastrico.

Ch. Garin, P. Bernay e A. Chapuy (*Le Jour. de Méd. de Lyon*, n. 303, 20 agosto 1932), hanno eseguito, usando un loro originale pasto di prova, oltre 300 esami di succo gastrico, giungendo a resultati interessanti.

Le cifre normali ottenute, analoghe a quelle fornite dall'istamina variano in limiti ristretti: g. 1,50-2,50 di HCl. e g. 2-3 di acidità totale.

Ipercloridria è stata osservata non solo nell'ulcera gastrica ma spesso anche nelle dispepsie riflesse delle colecistiti e in certe coliti con costipazione. Nelle ulceri gastroduodenali l'ipercloridria è stata trovata solo nel 30-100 dei casi, mentre nell'ulcera duodenale le cifre sono state per lo più normali o inferiori alla norma. L'ipercloridria non è dunque sinonimo di ulcera, come l'ipocloridria non permette di escluderla.

L'ipocloridria, frequente nei disturbi puramente funzionali, è press'apoco costante nella gastrite alcoolica.

L'anacloridria, invece, tranne che in casi eccezionali di forme costituzionali, si osserva solamente nel cancro dello stomaco e nell'anemia perniciosa.

La presenza nel liquido di elemeneti abnormi ha un valore molto incostante.

Il muco e la bile, infatti, non permettono deduzione alcuna, mentre che il sangue è sintoma di lesione organica, a condizione però che il succo gastrico sia estratto con sonde piccole di calibro.

M. Faberi.

MEDICINA SCIENTIFICA

Le alterazioni dei tessuti nelle malattie da virus.

L'esistenza dei virus invisibili, detti anche semplicemente virus, è ormai da tutti ammessa e siamo ben lontani dai tempi in cui i batteriologi cercavano invano il batterio o il protozoo che si supponeva fosse la causa di malattie la cui etiologia rimaneva oscura.

Moderne ricerche hanno dimostrato che essi si differenziano dai batteri visibili soltanto per la loro estrema piccolezza, ma che esistono e ad essi soltanto sono dovute molte malattie; nulla di strano dunque che essi possano provocare alterazioni anatomiche di varia natura.

Queste alterazioni J. C. G. Ledingham (*British Medical Journal*, 26 novembre 1932) passa in rapida rassegna osservando come ogni virus sia capace di provocare particolari modificazioni nei tessuti, a volte portando a manifestazioni flogistiche, in altri casi a lesioni di tipo degenerativo e necrotico, senza alcuna flogosi.

Mentre alcuni virus si localizzano esclusivamente nei tessuti superficiali, altri dimostrano un tropismo per il sistema nervoso, quivi producendo flogosi meningee oppure andando soltanto a ledere le fibre nervose, altri ancora (come il virus della psittacosi) producono lesioni esclusivamente a carico dell'epitelio polmonare.

Vi sono poi numerosi quadri morbosi in cui non si è ancora, allo stato attuale delle ricerche, arrivati a porre in evidenza in alcun organo alcuna localizzazione del virus che ha provocato la malattia.

Oltre alle lesioni istologiche sopracitate vi sono casi in cui si hanno manifestazioni di tipo proliferativo (p. es. il sarcoma di Rous) che secondo alcuni sono veri tumori maligni mentre i più sostengono siano dovute esclusivamente ai virus.

Queste alterazioni provocate dai virus non sono in fondo dissimili da quelle dovute a batteri visibili.

Dove sembra vi sia differenza, come nelle infezioni accompagnate da inclusioni cellulari tipiche (corpi di Bollinger, di Guarnieri, ecc.), è probabile che la differenza non sia così sostanziale e non sia che una reazione cellulare all'invasione di virus in intensa proliferazione, invasione che sfugge ai nostri comuni mezzi d'indagine, data la piccolezza dei parassiti.

Bisognerebbe poter studiare le prime fasi dello sviluppo e del moltiplicarsi dei virus per poter con sicurezza affermare se e quale differenza esista fra essi e i batteri di maggiori dimensioni, per es. della lebbra, del kala-azar, che riscontriamo così frequentemente nei macrofagi o nel reticolo-endotelio. Per il momento nulla può infirmare l'ipotesi che per un processo analogo i virus penetrino nelle cellule endoteliali provocando in esse particolari reazioni nucleari o protoplasmatiche.

M. Pons.

VARIA.

Avvelenamento da tallio.

Ne osservarono 11 casi H. N. Giusburg e C. E. Nixon (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.* 26 marzo 1932). L'ingestione era stata fatta con hotillos (pane Messicano). I sintomi tossici ebbero inizio 24 ore dopo l'ingestione e furono: senso di formicolio e di dolore alle mani e ai piedi, seguito da crisi dolorose addominali parossistiche accompagnate da vomito. Non diarrea. Poi comparve debolezza degli arti inferiori. La febbre non ci fu però ci fu tachicardia. L'esame del sangue non mostrò alterazioni nei primi 5 giorni. Nelle urine: albumina e cilindri ialini. In tutti i casi stomatite, salivazione abbondante.

In un tempo che va da 1 a 5 giorni comparvero disturbi nervosi: alterazioni del sensorio, movimenti coreici o mioclonici delle estremità e del capo. I riflessi non mancarono mai. Nei casi più gravi (4 casi) ci furono convulsioni e delirio, seguiti da coma e morte. 24 ore o 48 ore prima della morte, aumento di temperatura e brancopolmonite o edema polmonare.

Per la cura fu usato il tiosolfato di sodio per via endovenosa (1 gr. due volte al giorno per gli adulti e gr. 0,50 per i bambini); in alcuni fu dato l'ioduro di sodio (2 gr.). Due malati furono trattati con lattato di calcio ed estratto paratiroideo. In alcuni furono date in aggiunta soluzioni glucosate o saline.

R. Lusena

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Cardiopatie e previdenze sociali.

Si fa presto a dire ad un malato di cuore compensato: « bisogna evitare gli sforzi, bisogna stare a riposo se si vuole che il vizio rimanga compensato »; se il cardiopatico è un povero, senza mezzi di fortuna, che ha bisogno di lavorare alla giornata per sostenersi, egli preferirà sempre avere il suo tozzo di pane che lo sfami anche se ciò gli debba costare, in un futuro non lontano, l'aggravamento della malattia e, forse, la morte. D'altronde che cosa potrebbe egli fare, se nessuno gli viene in aiuto?

Ma al punto di civilizzazione a cui è giunta la odierna società questo stato di cose non può più sussistere: come l'individuo partecipa attivamente al benessere dello Stato, così qui è lo Stato che deve difendere e curare l'individuo, e nell'individuo sè stesso.

Questo giustamente sostiene A. Ambrosio (*Studium*, 10 ottobre 1932). Molto lo Stato ha fatto per altre malatie, per la tubercolosi, per la maternità ed infanzia, nulla per i cardiopatici. La profilassi delle cardiopatie è finora affidata al medico ed alla volontà dello infermo, contenuta in angusti limiti, dai quali dovrebbe uscire per spaziare in nuovi orizzonti, quali sono quelli additati dalla medicina sociale.

Le cardiopatie hanno una importanza eguale a quella della tubercolosi, per la grande loro frequenza e per i danni sociali che da esse derivano. Dalle statistiche fatte dalle compagnie di assicurazione, dalle visite militari e scolastiche risulta la grande frequenza delle cardiopatie: in America è stato calcolato che il 2 % della popolazione, circa due milioni di persone, sono cardiopatiche. La mortalità per malattie di cuore, secondo statistiche, ha una frequenza pari a quella del tifo, della polmonite, del morbo di Bright e dopo i 45 anni essa è più alta di qualsiasi altra causa di morte. Da statistiche recentemente compilate dall'Università di Denver nel Colorado, risulta che le malattie di cuore hanno preso il posto finora detenuto dalla tubercolosi, come causa della maggiore percentuale dei decessi registrati in un anno fra la popolazione americana.

E poichè le cardiopatie riducono la vita umana, provocando danni notevoli all'individuo, alla famiglia ancora in via di formarsi, ed alla società sarebbe opera saggia estendere ad esse le previdenze sanitarie, testè sancite per la tubercolosi dal nostro Governo Nazionale, con l'assicurazione obbligatoria dei cardiopatici.

Le modalità assicurative produrrebbero benefiche influenze anche su quest'altra categoria di minorati, i quali, non più abbandonati a sè stessi, si vedrebbero prolungata la vita e conservati ad un più lungo lavoro a vantaggio loro e della società.

Dalla assicurazione obbligatoria deriverebbe un'altra previdenza di notevole importanza profilattica, quella di poter adeguare il lavoro del cardiopatico alla capacità lavorativa del suo cuore, onde non stancarlo.

A tale scopo basterebbe adottare qualcuno dei vari metodi clinici e sperimentali, proposti onde stabilire il limite massimo di lavoro di ciascun cuore e assegnare ad esso un lavoro proporzionato alla sua capacità lavorativa. Ciò sarà possibile soltanto mediante l'istituzione della assicurazione obbligatoria per i cardiopatici quando nelle scuole, nell'assunzione di operai, ovunque ci sia prestazione di opera, sia pure intellettuale, sia fatto l'obbligo della visita medica.

Altra previdenza, che farebbe parte della profilassi sociale dei cardiopatici, è l'obbligo della visita medica prematrimoniale.

L'istituzione di questo certificato, a proposito di eugenica sociale, è stato oggetto di appassionate discussioni, presso di noi e all'estero, ed ha trovato pratica attuazione in Norvegia, in Danimarca; in altri Stati è stato adottato con temperamenti e modifiche. Consultori prematrimoniali sono istituiti in Germania, in Austria e in Italia.

Indubbiamente le conseguenze di un matrimonio, in cui uno dei contraenti sia fisicamente tarato, sono ben più delusorie e tragiche di quelle di un amore infranto.

Alla stessa stregua devono considerarsi quei contraenti il matrimonio, che fossero affetti da cardiopatie organiche. Nei cardiopatici l'obbligo del certificato prematrimoniale avrebbe un valore profilattico ed educativo ad un tempo, e darebbe al medico l'opportunità di avvertire i futuri coniugi dei pericoli, ai quali li espone la loro unione, di saperli consigliare ed eventualmente dissuaderli dal contrarre matrimonio.

Per il sesso maschile, in casi di cardiopatia compensata, se il matrimonio è indirizzato ad un metodo di vita più regolare e castigato di quello del celibato, può in certo modo produrre effetti favorevoli. Ma se si considera l'insieme delle preoccupazioni di varia indole e delle responsabilità che impone la costituzione di una nuova famiglia, l'assillo di

un maggior lavoro per un più alto guadagno, il matrimonio è cagionevole di dannose influenze alla circolazione del cardiopatico. In quanto alle donne cardiopatiche è noto l'aforisma di Peter:

« Giovinette, niente matrimonio; mogli, niente gravidanze; madri, niente allattamento ».

Non sembri troppo esagerato tutto ciò: con la donna cardiopatica bisogna essere più severi che con gli uomini cardiopatici, anche nelle stesse condizioni compensative: basta pensare alle modificazioni del circolo che comporta la gravidanza.

Presso di noi molte previdenze sanitarie sono state elaborate, legalmente sancite ed applicate: ma previdenze più ardite, come quelle attuate da altri Stati, sono ancora delle aspirazioni. Oggi che in Regime Fascista l'autorità è congiunta alla rapidità dell'azione, il Governo farà opera saggia con l'istituire anche previdenze sociali, che comprendano l'obbligo dell'assicurazione e della limitazione al lavoro dei cardiopatici, l'obbligo della visita prematrimoniale per una più accurata profilassi delle cardiopatie: e tutto ciò per un maggiore incremento della Medicina Sociale, nell'interesse supremo della stirpe. G. LA CAVA.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

La disciplina della propaganda delle specialità medicinali.

Il Capo del Governo, Ministro dell'Interno, ha presentato alla Camera il disegno di legge contenente norme per la repressione della propaganda illecita per lo smercio delle specialità medicinali.

Nella relazione che accompagna il disegno di legge è detto fra l'altro:

« Il considerevole sviluppo raggiunto negli ultimi anni dall'industria delle specialità medicinali e la mancanza di norme legislative regolatrici, hanno indotto il Governo fascista ad intervenire per disciplinare uno dei rami dell'attività industriale che interessa più da vicino la pubblica salute.

Col Regio decreto-legge 7 agosto 1925 sono state emanate norme, che pur non ponendo dei limiti alla libera iniziativa privata, sottopongono però al preventivo controllo dello Stato la produzione delle specialità medicinali e ne disciplinano il commercio e con esso le forme di pubblicità con le quali si mira alla diffusione dei prodotti.

Ma nè la legge, nè il relativo regolamento, contengono disposizioni dirette a reprimere gli illeciti mezzi di propaganda cui nel commercio delle specialità medicinali più frequentemente sogliono ricorrere certi industriali con la condiscendenza consapevole e interessata di sanitari, che, non curanti della dignità della professione, non esitano ad accettare compensi dai produttori per favorire lo smercio delle loro specialità.

È indispensabile, pertanto, un provvedimento legislativo che contenga norme atte a reprimere il deplorevole abuso, provvedimento la cui opportunità appare anche più evidente ove si consideri che la vigente legislazione sancisce espressamente il divieto della cointeressenza tra farmacisti e sanitari, ma non anche quello fra sanitari e produttori di specialità medicinali ».

Una opportuna circolare per la repressione della pubblicità medica ciarlatanesca in genere, era stata diramata dal Ministero dell'Interno, in data 20 agosto 1932.

Per la denuncia dei tossicomani.

Una recente circolare dei Prefetti agli ordini dei medici ricorda che l'art. 133 del T. U. delle leggi di P. S. precrive che, agli effetti della vigilanza dell'Autorità di P. S., gli esercenti una professione sanitaria sono obbligati a denunziare all'autorità locale di pubblica sicurezza, entro due giorni, le persone da loro assistite ed esaminate che risultano affette da intossicazione cronica prodotta da sostanze stupefacenti.

La circolare impone che la disposizione predetta abbia rigorosa applicazione ed interessa in pari tempo gli Ordini sanitari perchè a ciò contribuiscano col loro intervento presso i professionisti rappresentati.

Cronaca del movimento professionale.

Per i concorsi a primari degli Ospedali.

L'on. Chiurco aveva presentato il 31 gennaio, chiedendo risposta scritta, la seguente interrogazione al Ministro dell'interno: « Per conoscere se non ritenga opportuno emanare disposizioni che disciplinino i bandi di concorso per i posti di Primario negli Ospedali con schema unico, dato che spesso in tali concorsi si richiedono titoli che dovrebbero avere valore prevalentemente nella carriera universitaria e non come condizione *sine qua non* per il primariato chirurgico e medico ».

Il Sottosegretario agli interni on. Arpinati ha così risposto: « Effettivamente, allo stato attuale della legislazione, i concorsi per i posti di sanitario presso gli Ospedali sono regolati dalle norme contenute nei regolamenti dei singoli Enti; norme che, naturalmente, variano da istituto ad istituto. Per altro, ad iniziativa del Ministro dell'interno si sta studiando la possibilità di emanare norme generali dirette a disciplinare in modo uniforme, almeno i concorsi a sanitario presso gli Istituti ospedalieri di maggiore importanza; ed in tali casi non si mancherà di tener conto del rilievo fatto dall'onorevole interrogante, circa l'inopportunità di richiedere come condizione assoluta per poter concorrere a sanitario ospedaliero, titoli (libera docenza, assistenziato in clinica ed altri) che dovrebbero invece avere valore prevalentemente nella carriera universitaria ».

Rileviamo con compiacimento che la campagna intrapresa nel nostro periodico dal prof. R. Alessandri non è stata inopportuna.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACERRA (*Napoli*). — Per titoli. Posto della prima condotta medico-chirurgica. Stipendio L. 9500 e tre quadrienni del decimo al lordo 12 % e ritenute di legge. Scadenza 12 maggio.

ALESSANDRIA D'EGITTO. *Ospedale Italiano « Benito Mussolini »*. — Scad. 31 marzo; aiuto del Reparto Medico e incarico temporaneo della direzione del Laboratorio di chimica, batteriologia, anatomia ed istologia patologiche dell'Ospedale; titoli: età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 31 gen.; Lire egiz. 20 mensili per l'Ospedale e 40 per il Laboratorio; partecipaz.; vitto e alloggio. Se l'amministraz. esonererà dalla direzione del Laboratorio, corrisponderà Lire egiz. 200 annue. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla direzione Esame complementare di Stato.

ARLENA DI CASTRO (*Viterbo*). — Scad. 22 apr.; L. 9240 e 5 quadrienni dec., oltre L. 440 arm. farm., L. 352 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

BARI. *R. Prefettura*. — Al 10 apr., ore 12, ufficiali sanitari di Sannicandro di Bari, di Cassano Murge e di Noci; stipendi rispett. L. 6000, L. 6000 e L. 9000; 5 quadrienni dec.; titoli ed esami; età lim. 45 a. al 9 febbr.; doc. a 3 mesi dal 9 febbr. Chiedere annunzio.

BELLANO (*Como*). *Ospedale di Circolo « Umberto I »*. — Scad. ore 18 del 12 apr.; direttore; lire 7000 ridotte del 12 %, partecipazioni 5,75 %; età lim. 45 a.; 5 anni in ospedale o clinica; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dalla presentaz.; assunzione servizio entro 20 gg.

CASSANO MURGE; v. BARI.

COLLEBEATO (*Brescia*). — Scad. 3 apr.; rivolgersi Segreteria.

CORIO (*Torino*). — Scad. 1 mag.; 2ª condotta; L. 7040 oltre indennità.

FELTRE (*Belluno*). — Scad. 25 apr.; 4° reparto; L. 9000 per 1000 pov.; 5 quadrienni dec., c.-v., addizion. L. 5, trasp. L. 1000-2000-3500; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti*. — A ore 17 del 15 marzo, assistente in oto-rino-laringojatria; età lim. 30 a.; lire 6400 ridotte del 12 %, c.-v.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 15 febbr. Chied. annunzio.

FIUME. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli ed esami. Posto di assistente presso la Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Stipendio iniziale lire 14.000, quattro aumenti quadriennali del decimo, indennità di servizio attivo L. 2000, aggiunta di famiglia come per gli altri impiegati dell'Amministrazione, premi di operosità e di rendimento a norma del Regolamento, il tutto al lordo delle ritenute di legge e della riduzione del 12 %. Chiusura del concorso alle ore 12 del 15 aprile 1933-XI. Età massima anni 35, salve eccezioni di legge. Diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo. Documenti di rito. Vaglia postale di L. 50,10 quale tassa di ammissione al concorso. Obbligo di assumere servizio entro 15 giorni dalla partecipazione di nomina. Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Segreteria Generale dell'Amministrazione Provinciale (Palazzo del Governo).

GENOVA-SESTRI. *Ospedale Civile*. — Scad. 31 mar.; primario medico; rivolgersi Congregaz. di Carità di Genova, corso Carbonara 2 (Albergo dei Poveri).

MIRABELLO ed UNITI (*Pavia*). — Consorzio medico Mirabello - S. Genesio. Per titoli. Posto di medico consorziale. Stipendio lordo L. 14.000, ridotto del 12 %. Scadenza 20 marzo 1933. Per schiarimenti rivolgersi all'Ufficio Comunale di Mirabello ed Uniti.

MIRANDOLA (*Modena*). — Scad. 29 aprile; 4ª condotta rurale.

MONTEBELLUNA (*Treviso*). *Congregazione di Carità*. — A tutto il 20 maggio 1933 è aperto il concorso al posto di chirurgo primario nel locale Ospitale Civile. Stipendio L. 10.000. Per informazioni e schiarimenti rivolgersi all'Ufficio di Amministrazione dell'Ospedale stesso.

MONTEVARCHI. *Spedale della Misericordia*. — Scad. ore 24 del 19 marzo; direttore sanitario e chirurgo primario; L. 11.000 e 2 trienni di L. 1000; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10 al Monte Pio, Istituto di Credito dei Montevarchi; doc. a 3 mesi dal 20 dic. Chiedere altre condizioni.

NOCI; v. BARI.

NUORO. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli ed esami. Posto di coadiutore della Sezione Medico-Micrografica dei Laboratori Provinciali di Igiene e Profilassi. Stipendio iniziale L. 12.000 annue, oltre L. 2000 per indennità servizio attivo. Lo stipendio iniziale è aumentabile di un decimo per ogni quadriennio di servizio e per cinque quadrienni. Stipendio e indennità sono soggetti alla riduzione del 12 % ed alle ritenute di Ricch. Mob.; Complemen. sul reddito; Cassa di Prev. Pensioni; Cassa Naz. infortuni sul lavoro. I concorrenti non debbono avere superato i 35 anni di età, alla data dell'avviso di concorso che è 8 febbraio 1933, salvo eccezioni di legge. Le istanze di ammissione al concorso dovranno pervenire alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale di Nuoro non più tardi delle ore diciotto del 20 aprile 1933, accompagnate dai prescritti documenti, l'elenco dei quali con relative modalità di bollo, legalizzazione, ed altre notizie sui titoli, servizio prestato, ecc., possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria predetta.

NUORO. *R. Prefettura*. — Si rende noto che con Decreto Prefettizio del 15 febbraio 1933 u. s., il concorso per titoli ed esami al posto di Ufficiale Sanitario dei Comuni di Nuoro, Gavoi, Ierzu, Macomer, Orani, Oliena e Bortigali, che scadeva il 15 febbraio 1933, è stato prorogato fino al 15 marzo 1933. Per informazioni rivolgersi alla R. Prefettura.

PIETRAROJA (*Benevento*). — Scad. 15 mar.; lire 8000 e 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

PULFERO (*Udine*). — Scad. 30 apr.; L. 10.000 oltre L. 600 serv. att., L. 3000 trasp., L. 1000 uff. san., previa riduz. 12 %.

RODI (*Egeo*). — Scad. 10 marzo; medici condotti dei comuni di Jannati, Caltavia, Platania e Apollachia. Gli aspiranti dovranno dimostrare di sapere usare correntemente la lingua italiana e la lingua greca e dovranno produrre un certificato di residenza nel possedimento per almeno due anni. Rivolgersi al Governo dell'Egeo.

ROMA. *Istituto Naz. delle Assicurazioni.* — Scad. 8 apr., ore 12; sostituto primo segretario per laureati in medicina e chirurgia; titoli ed esami; doc. a 3 mesi; L. 12.400 nette da riduzione, doppia mensilità, cointeressenze; chiedere annunzio. Rivolgersi alla Direz. Generale, Servizio Personale, via Sallustiana 51, Roma.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni. Ferrovie dello Stato.* — Concorso per sei posti di allievo ispettore sanitario. Età massima 30 anni al 10 gennaio, salvo eccezioni. Certificati cittadinanza, buona condotta, casellario giudiziario, iscrizione Fasci combattimento o giovanili o G.U.F., stato famiglia, stato servizio militare, fotografia. Diploma laurea, voti esami, altri titoli eventuali. I certificati temporanei non anteriori a 3 mesi al 31 marzo.

Esami obbligatori: Prove scritte di medicina e chirurgia. Prova orale riguardante: patologia e clinica medica e chirurgica. Oculistica (esame funzionale dell'occhio). Otoiatria (esame anatomico e funzionale dell'apparato uditivo). Igiene e polizia sanitarie. Elementi di psicotecnica. Legislazione ed organizzazione sanitaria. Nozioni di diritto corporativo.

Esami facoltativi: Lingue estere (prova scritta ed orale). Igiene pratica applicata (prova pratica).

Stipendio ed indennità secondo le tabelle approvate con la Legge 27 giugno 1929, n. 1047. Nomina a stabile dopo un anno di prova. Scadenza ore 18 del 31 marzo. Domanda su carta da bollo da L. 5 alla Direzione Generale F. S., Servizio Personale e Affari Generali, piazza Croce Rossa, Roma.

Per ottenere il programma particolareggiato con lo schema della domanda, rivolgersi al su nominato Servizio Personale o agli Uffici Compartimentali delle Ferrovie di Stato.

RONCEGNO (*Trento*). — Scad. 12 mar.; L. 9500 e quadrienni dec., c.-v., L. 950 se uff. san., L. 2200 indenn. quartiere, L. 3000 cavalc.; riduz. 12 %; tassa L. 50.

S. ANGELO IN GROTTE (*Campobasso*). — Scad. 15 apr.; L. 6500 e 3 quinquenni dec., riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

SENIGA (*Brescia*). — Per titoli; condotta tutta in pianura, abitanti n. 2520. Periodo di prova anni 2; stipendio L. 9000; indennità per mezzo di trasporto (automobile) L. 3000. Assegno ufficiale sanitario L. 600. Trattenute di legge. Documenti di rito di data non anteriore a tre mesi. Scadenza ore dodici del 20 aprile 1933. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Comune.

SERRAVALLE SESIA (*Vercelli*). — Scad. 20 mar.; L. 7000 oltre L. 1800 trasp., L. 150 ambulat.; riduz. 12 %; chiedere copia bando.

TERNI. *Ospedale Civile.* — Scad. 15 mar.; 3 assistenti. Rivolgersi Congregaz. di Carità.

TERRANOVA DI POLLINO (*Potenza*). — Scad. 28 mar., L. 6160 e 6 quadrienni di L. 513,30, cavalc. L. 2200; già ridotte 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

VEMANTE (*Milano*). — Scad. 20 mar.; 2ª condotta. Rivolgersi Segret. com.

VENEZIA. *Ospedali Civili.* — Scad. 25 mar.; medico direttore; L. 25.000 e 2 quadrienni dec., oltre L. 8500 serv. att. e L. 6500 indenn. carica; riduzioni di legge; titoli; età lim. 45 a. al 13 febbr.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 13 febbr.

Scad. 15 maggio, ore 17,30; aiuto nella Divisione Oculistica; L. 4560 per i coniugati, L. 4200 per i celibi, ridotte del 12 %; titoli ed esami; età lim. 35 a. al 14 feb.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 14 febbr.

Chiedere annunzi al Protocollo.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Sono nominati in seguito a concorso i proff.: Luigi Bacialli, di clinica ostetrico-ginecologica, a Sassari; Giuseppe Brotzu, di igiene, a Modena; Gastone Lambertini, di istologia ed embriologia generale, a Ferrara; Giovanni Revoltella, di ostetricia e direttore della Scuola di ostetricia, a Trieste; Vincenzo Rossi, di clinica oculistica, a Modena; Salvatore Scaglione, di clinica ostetrica e ginecologica, a Perugia.

Il prof. Egidio Meneghetti, di farmacologia, è passato dall'Università di Palermo a quella di Padova; il prof. Carlo Vercesi, di clinica ostetrica e ginecologica, è passato dall'Università di Sassari a quella di Palermo.

Il prof. Franceschetti è nominato titolare d'oftalmologia e direttore della Clinica oftalmologica dell'Università di Ginevra, quale successore del prof. Gourfin.

Con Sovrano *motu proprio*, il prof. dott. Vincenzo Lo Bianco è stato nominato Ufficiale della Corona d'Italia per meriti scientifici. Rallegramenti.

NOTIZIE DIVERSE.

2° Congresso internazionale di ortopedia.

La Società internazionale di chirurgia ortopedica si adunerà a Londra dal 19 al 22 luglio. Presidente: prof. Nové-Josserand (Lione); vice-presidente: prof. Murk-Jansen (Leida). Relazioni: «Meccanismo dei movimenti articolari in generale» (rel. von Bayer di Heidelberg); «Il trattamento delle osteiti tubercolari» (rel. Sorrel di Parigi). Segretario gen.: dott. Delchef, rue Montoyer 24, Bruxelles.

Congressi medici francesi.

Il 19° Congresso francese di medicina legale è annunziato per il prossimo maggio a Parigi. Temi in discussione: «La batteriologia in medicina legale» (relatore Chavigny); «Il delirium tremens d'origine traumatica» (rel. Mazet); «Gli alienati in libertà» (rel. Claude). Segretario generale è il dott. Piédelièvre, rue Gay-Lussac 24, Paris Ve.

Il Congresso francese di chirurgia si adunerà a Parigi dal 9 al 14 ottobre. Temi: «Chirurgia delle paratiroidi» (relatori Velti di Parigi e Jung di Strasburgo); «Trattamento chirurgico delle emorragie fulminanti gastro-duodenali d'origine ulcerosa» (relatori Wilmotte di Parigi e Papin di Bordeaux); «Trattamento delle fratture della base del cranio (eccettuati i colpi d'arma da fuoco)» (relatori Lenormant ovvero Paitre di Parigi e Wertheimer di Lione). Segretario gener.: prof. Grégoire, rue de l'Université 20, Paris.

Negli stessi giorni avranno luogo i congressi francesi di ortopedia e di urologia. Per il congresso di ortopedia sono stabiliti i temi: «Riduzione cruenta della lussazione congenita dell'anca» (relatore Mutel di Nancy); «Artriti secche della colonna vertebrale» (relat. Richard di Beck). Segretario generale: prof. Rocher, Faculté de Médecine, Bordeaux. Per il congresso di urologia è stabilito il tema: «Valore dei trattamenti dell'ipertrofia prostatica». Segretario gen.: prof. O. Pasteau, avenue de Villars 13, Paris VIIe.

13° Congresso tedesco di oto-rino-laringologia.

Dall'1 al 3 giugno si adunerà in Dresda la «Gesellschaft Deutscher Hals-, Nasen- und Ohrenärzte»; tema in discussione: «Anatomia normale e patologica della capsula labirintica e suo significato clinico»; relatori: prof. Nager (Zurigo) e prof. Max Meyer (Würzburg).

Assisi della medicina generale francese.

Si sono tenute a Parigi l'8 gennaio, nell'anfiteatro Trousseau dell'Hôtel-Dieu, sotto la presidenza del prof. Mauriac. Venne discussa la questione degli animali domestici in patologia umana (in particolare: brucellosi, tubercolosi bovina, febbre aftosa, febbri esantematiche). Nel corso dell'anno sono in programma altre 4 assisi. Segretario generale è il Dr. Godlewski, rue Théodule-Ribet 14, Paris.

27° Congresso medico sud-africano.

Si terrà a Cape Town in settembre, sotto la presidenza del dott. E. B. Fuller, che è un illustre chirurgo specializzato in urologia. Il congresso avrà probabilmente sede nei nuovi fabbricati universitari ora in via di completamento, considerati come una vera meraviglia architettonica, scaglionati sul pendio montuoso di Grooz Schnur, che ha per sfondo l'imponente massa della «Table Montain».

Convegno laziale sulla tubercolosi.

Per i giorni 3 e 4 aprile è annunziato il Convegno regionale della Sezione del Lazio della F. I. N. F. per la lotta contro la tubercolosi, sotto la presidenza dell'on. prof. E. Morelli. I lavori si svolgeranno nell'Istituto B. Mussolini.

Possono partecipare al Convegno i soci della Sezione del Lazio della F. I. N. F. per la lotta contro la tubercolosi in regola coi pagamenti del 1933, oltre a tutti i medici e studenti non soci che intendono occuparsi di questioni scientifico-sociali di tisiologia. Per questi ultimi la quota di iscrizione è di L. 30, che dovrà essere versata alla Segreteria non oltre il 15 marzo.

Rivolgersi al Delegato regionale prof. A. Omodei Zorini, Istituto Mussolini, Porta Furba, Roma.

Congresso internazionale delle infermiere.

Si terrà dal 9 al 15 luglio; comincerà a Parigi e si chiuderà a Bruxelles. Per iscrizioni e informazioni rivolgersi al: «Conseil International des Infermières», quai des Eaux-Vives 14, Genève, Svizzera.

Collegio britannico degli ostetrici e ginecologi.

L'inaugurazione di questo Ente, del quale demmo già notizia, ha avuto luogo con molta solennità, alla presenza della duchessa di York, sotto la presidenza del prof. Blair Bell.

Nuova Società gastro-enterologica.

È stata costituita a New York la «Society for the Advancement of Gastro-Enterology», sotto la presidenza del dott. G. R. Manning. Ad un'adunanza tenuta subito dopo, il 28 dicembre, il dott. Einhorn trattò degli sviluppi della specialità; il dott. Kellogg dette una dimostrazione con proiezioni sui «problemi duodenali».

Centro di studi sui problemi alimentari.

Si sta costituendo in Milano. Nessun obbligo d'ordine finanziario verrà a gravare su coloro che invieranno la loro adesione.

Una Segreteria provvisoria, per schiarimenti e informazioni, funziona presso il dott. Andreoni «Gazzetta Medica Lombarda», via Settala 3, Milano.

Attività antitubercolare nel Trentino.

Il 19 febbraio si è costituita ufficialmente in Trento la sezione per la Venezia Tridentina della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi. Presidente della Sezione è stato nominato il prof. U. Carpi di Milano e segretario il prof. V. Lubich di Trento, fiduciario provinciale della Federazione.

L'assemblea dei soci, adunatasi a Trento nel Palazzo del Governo, ha designato dopo breve discussione il consiglio direttivo. Questo ha preso in esame vari argomenti ed ha tracciato in linea generale le direttive per la prossima attività.

Lotta contro il cancro a Bari.

Si è riunito a Bari il Consiglio direttivo della Sezione regionale della Lega Italiana per la lotta contro il Cancro, sotto la presidenza del prof. L. Ferrannini, direttore della Clinica Medica. Si è tracciato il programma per intensificare la lotta, e si è stabilito di tenere in quelle cliniche dal 24 aprile al 6 maggio un corso di esercitazioni pratiche per la diagnosi precoce del cancro.

Potranno iscriversi gratuitamente al corso tutti i medici che ne facciano domanda (in carta libera) intestata alla presidenza della sezione, fino al 20 aprile. Sarà rilasciato un certificato a coloro che avranno assiduamente frequentato le esercitazioni. Durante il periodo del corso si terrà l'assemblea generale della sezione.

Scuola libera di perfezionamento sulla tubercolosi in Genova.

Quest'anno scolastico funzionerà dal 10 marzo al 28 giugno. Essa comprende: lezioni, illustrazioni cliniche al letto del malato, esercitazioni e dimostrazioni cliniche, esercitazioni di laboratorio. Il corso è gratuito. Rivolgersi alla Segreteria dell'Istituto di Studi scientifici sulla tubercolosi, in via Balilla 1, Genova.

Corsi di perfezionamento.

Dal 17 al 24 luglio si terrà un corso di perfezionamento in chirurgia oto-rino-laringologica presso la Facoltà medica di Strasburgo, sotto la direzione del prof. G. Canuyt (Nouvelle Clinique Oto-Rhino-Laryngologique, Hôpital Civil, Strasbourg, Francia), il quale a richiesta invierà informazioni.

Dal 24 aprile al 24 maggio avrà luogo un corso di perfezionamento nella Patologia, Clinica e Profilassi delle malattie tubercolari, presso l'Istituto di Studi scientifici sulla tubercolosi in Genova. Le iscrizioni si ricevono presso la Segreteria dell'Istituto in via Balilla 1. L'iscrizione è gratuita. Il limite massimo della presentazione della domanda scade il 15 aprile.

Un corso di perfezionamento sulla terapia medica e idrologia delle malattie del tubo digerente, del fegato e della nutrizione si terrà presso la Facoltà Medica di Parigi dal 1° al 15 maggio, sotto la direzione del prof. M. Villaret; tassa 200 franchi. Seguirà un viaggio a Vichy nei giorni 13-15 maggio. Rivolgersi al: Laboratoire d'Hydrologie et Climatologie Thérapeutiques de la Faculté de Médecine (Ecole pratique), rue de l'Ecole de Médecine, Paris VIe.

Nella stampa sanitaria.

Col mese di febbraio il prof. Maurice C. Pincoffs, clinico medico nell'Università di Maryland a Baltimora, ha assunto gli « Annals of Internal Medicine », quale « editor » (redattore-capo). Com'è noto, gli « Annals » costituiscono uno dei più reputati periodici di medicina.

Conferenza.

Il gr. uff. Sileno Fabbri, R. Commissario dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, ha tenuto a Torino una conferenza illustrativa sulle finalità dell'Opera, alla presenza delle autorità cittadine e di alte personalità.

Per l'Ospedale Provinciale di Brindisi.

Il Rettorato provinciale di Brindisi, in accordo col Prefetto, ha stabilito che per la costruzione dell'Ospedale provinciale e per i relativi impianti si dovesse provvedere mediante la contrattazione di un mutuo di L. 4.300 000, somma ritenuta necessaria per l'attuazione del progetto tecnico, redatto dall'ing. Cafiero. La pratica, trasmessa al Ministero dei LL. PP., ha trovato l'approvazione di S. E. Crollalanza che ha autorizzato la Provincia a contrarre il mutuo, con un contributo governativo per il pagamento degli interessi.

Il nuovo Ente ospedaliero sarà gestito mercè il patrimonio lasciato da Antonino Di Somma, da quello dell'Ospedale Civile della Congregazione di Carità e da quello dell'Azienda Annoraria Municipale, riuniti in unica Opera Pia.

Donazioni e legati.

La compianta sig.ra Pina De Guardi Spadaccini aveva legato i suoi gioielli al Padiglione Zonda dell'Ospedale Maggiore di Milano; essi sono stati realizzati dall'esecutore testamentario ed il ricavato, in L. 245.234, è stato consegnato al prof. Mario Donati, direttore della Clinica Chirurgica di Milano.

Il dott. Charles W. Burr, professore di neurologia alla Scuola Medica di Perfezionamento dell'Università di Pennsylvania, ha donato 19.000 volumi della sua biblioteca privata all'Università.

Il dott. Howard A. Kelly, professore emerito di ginecologia alla Scuola Medica dell'Università Johns Hopkins, ha ricevuto 100.000 dollari (pari a circa 2 milioni di lire it.) da una paziente, signorina Kate Gleason, di Rochester, in riconoscimento dei benefizi da lei ricevuti mediante applicazioni di radium per la cura di un cancro; la somma sarà destinata ad alleviare miserie e sofferenze.

Un anonimo ha donato 300.000 dollari (ossia circa 6 milioni di lire it.) all'Università Western Reserve di Cleveland, perchè vi sia fondata una nuova cattedra di clinica chirurgica. La fondazione recherà il nome del compianto colonnello Oliver H. Payne, che aveva già fatto numerose donazioni all'Università. La cattedra verrà affidata al prof. Carl H. Lenhart, attuale clinico chirurgo.

All'Ospedale Maggiore di Milano il sig. Pietro Corollo, morto a Solbiate Olona, ha lasciato oltre 200.000 lire in titoli ed una villetta di Solbiate; il compianto sig. Emilio Pagani ha legato 100.000 lire in contanti; un benefattore che desidera mantenere l'incognito ha offerto una donazione con riserva di usufrutto di un suo credito fondiario di 500 mila lire; altro benefattore che pure desidera di mantenere l'incognito ha versato il capitale nominale di lire 60.000 in consolidato.

Fondo per le infermiere in Jugoslavia.

Il Comitato centrale della Croce Rossa Jugoslava ha deciso di creare un fondo in favore delle samaritane ed infermiere, intitolato al compianto dott. Marco Lecco. Il fondo sarà costituito da una donazione di 10.000 dinari fatta dal Comitato centrale nonchè dalle altre donazioni che perverranno dai Comitati locali e dagli amici ed estimatori del Lecco.

Le lotterie per gli ospedali irlandesi.

A partire dal 1930, quando venne approvata la legge speciale sulle lotterie irlandesi, a tutto il 1932, sono stati assegnati agli ospedali dell'Irlanda circa 600 milioni di lire it., su circa 940 richiesti per coprire tutti i bisogni; precedenti lotterie avevano già fruttato 175 milioni di lire it. Di questa somma, circa 280 milioni sono stati capitalizzati; circa 310 sono stati spesi per edifizi e per impianti; 14 per apparecchi e strumenti medici; 25 per stipendi e onorari. Si sono adottate disposizioni per organizzare altre 7 lotterie prima che spiri il termine fissato dalla legge, nel luglio 1934. Gli introiti verranno ora ripartiti tra un maggior numero di ospedali.

Decremento di assegnazioni filantropiche negli Stati Uniti.

Secondo dati raccolti dal « Times » di New York, nel 1931 furono assegnati negli S. U. oltre 54 milioni di dollari da un centinaio d'istituzioni filantropiche maggiori; ciò segna una diminuzione notevolissima, del 23,7 % rispetto al 1930; ma tale diminuzione non ha toccato le attribuzioni per scopi medici e sanitari, le quali anzi segnano il massimo raggiunto, con più di 17 milioni di dollari, ossia il 31,4 % del totale; seguono le assegnazioni per scopi d'istruzione, con 13,5 milioni di dollari.

Il gruppo Rockefeller tiene la testa, con 29 milioni 634.000 dollari, ossia il 54,3 % del totale; segue il gruppo Carnegie, con 8.991.000 dollari, ossia il 16,5 % del totale.

Condizioni economiche delle Università argentine.

A causa della crisi economica, il Governo nazionale dell'Argentina ha provveduto, tra l'altro, a ridurre i bilanci delle Università.

Così il bilancio dell'Università di Buenos Aires è passato da 10 milioni di pesos ad 8; ora si annunzia un'ulteriore riduzione, a 6 milioni di pesos (che corrispondono incirca a 30 milioni di lire it.). Ove si tenga conto della svalutazione del denaro (il pesos vale oggi la metà di alcuni anni addietro), si comprenderà come le condizioni del grande Ateneo argentino minaccino di diventare disastrose. Non sono mancate le vivaci proteste; tra l'altro, si è fatto notare che l'Università deve provvedere alla manutenzione di un grande ospedale, di molti istituti scientifici, di una scuola di commercio, ecc.; tutte queste attività corrono il rischio di restare paralizzate. Si è pure proposto di realizzare le economie chiudendo alcune Università e Scuole superiori di scarso rendimento, come l'Università del Littorale o la Scuola medica di La Plata, senza rovinare tutti gli studi superiori.

Le economie hanno portato, tra l'altro, a ridurre gli stipendi dei professori. Alla Scuola medica di Rosario (che dipende dall'Università del Littorale) i professori Rúiz e Huy (di anatomia e di farmacologia) hanno rifiutato di firmare il nuovo contratto e si sono dimessi; perciò si è già bandito il concorso per i loro posti, offrendo 800 pesos mensili (di cui 500 per la direzione dell'Istituto e 300 per l'insegnamento), che, tolte le tasse, si riducono a 700; mentre i due titolari dimissionari percepivano rispettivamente 1300 a 1500 pesos. Questi due reputati insegnanti erano a pieno impegno, cioè con divieto di esercizio libero; ora essi si troveranno molto a disagio nel dedicarsi all'esercizio libero.

Nella stessa scuola sono rimasti tre altri professori a pieno impegno: Elizalde, Houssay e Lewis.

Personale licenziato dagli ospedali di New York.

Il Dipartimento degli Ospedali del Municipio di New York ha licenziato più di 1400 impiegati e salariati stranieri (prevalentemente donne), in seguito ad un ordine del Commissario degli Ospedali, dott. J. G. William Greeff. Questa misura è stata determinata dal bisogno di economie e dal principio di escludere l'elemento straniero non necessario. Si è fatto eccezione solo per circa 600 persone, che avevano assunto la seconda naturalizzazione, o vedove di cittadini dell'Unione, o insegnanti nelle scuole per infermiere, o addette al servizio da più di dieci anni, o veterane del servizio militare o navale, ecc. L'economia annua realizzata mediante questo licenziamento in massa, sarà di circa 305 mila dollari, cioè 6 milioni di lire italiane.

Medici specialisti per l'educazione fisica in Russia.

Il commissariato del popolo dell'Unione dei Sovieti, riconoscendo l'utilità dell'educazione fisica per rafforzare la salute, ma valutando l'utilità di una disciplina con criteri scientifici, ha stabilito di creare un corpo di medici specializzati. Perchè questi medici siano in grado di conoscere appieno le condizioni in cui viene praticata l'educazione fisica, essi stessi vengono sottoposti ad un insegnamento pratico. Nel 1932 furono create due Facoltà di educazione fisica presso le Scuole mediche di Leningrado e di Mosca. Il corso dura 2 anni; gl'iscritti sono ora 420; altri 3000 medici hanno ricevuto uno speciale insegnamento in educazione fisica.

Questi medici specializzati assumeranno un compito importante nel movimento sportivo.

Concorso annullato.

La V Sezione del Consiglio di Stato, con sentenza del 21 gennaio, ha annullato il concorso bandito il 31 luglio 1931 dall'Ospedale Civile di Palermo per posti di assistente, contro il quale erano stati presentati tre ricorsi. Tra i motivi di gravame, il Consiglio ha accolto quello relativo alla illegittimità della composizione della Commissione esaminatrice, perchè un commissario era zio di un candidato ed era stato legalmente ricusato da alcuni concorrenti, ma non fu provveduto.

Gli incidenti all'esame per l'internato di Parigi.

Si annunzia prossima la riapertura del concorso. Intanto la massa principale dei candidati è danneggiata dalla minoranza che ha commesso le frodi e che è costituita da non più di una trentina di medici, su oltre 600. I candidati dovranno ora sobbarcarsi di nuovo al difficile esame, quindi mantenersi in preparazione e risentire le preoccupazioni e le ansie del concorso. Inoltre, un certo numero di candidati prossimi ai limiti d'età per l'ammissione, verranno esclusi, senza alcuna loro colpa. Per ridurre questo inconveniente si chiede di limitare al minimo l'attesa.

I più colpevoli, i commissari, fuggono ad ogni sanzione...

Esame di termometri clinici in Francia.

Durante l'ultimo quadrimestre del 1932 furono presentati al « Conservatoire des Arts et Métiers » di Parigi in media 147,127 termometri al mese, mentre poterono esserne esaminati solo 114.504 al mese. Durante l'anno ne furono presentati 1.840.000 ma se ne poterono esaminare solo 1 milione 400.000.

Ciò crea uno stato di disagio e di danno alle fabbriche.

Attualmente sono addette all'esame 43 tecniche e 85 assistenti; la spesa risulta di un milione di lire l'anno, largamente coperta dai diritti di esame (v'è un'eccedenza di circa 100.000 lire a benefizio dello Stato). Un progetto di legge presentato il 16 luglio ridurrebbe le tecniche a 33, ma eleverebbe le assistenti a 100. Esso non è stato ancora approvato.

Autolesionisti e simulatori.

La 4ª Sezione del Tribunale Penale di Palermo ha condannato quattro autolesionisti e simulatori d'infortuni che operavano ai danni della Cassa Nazionale Infortuni; ha comminato pene variabili da anni 1 e mesi 2 ad anni 4 e mesi 2 di reclusione e da L. 1000 a 3000 di multa.

Un pazzo che fa il medico.

Un pazzo evaso da un manicomio della Vestfalia aveva aperto, con successo, un gabinetto medico, in una piccola città di provincia, spacciandosi per diplomato a Colonia, col titolo di professore; venne scoperto perchè intendeva praticare una iniezione ipodermica ad una cliente valendosi di uno spruzzatore da profumi: la donna si diede alla fuga gettando l'allarme, ma lo squilibrato riuscì ad eclissarsi. Subito dopo egli si fece assumere come bracciante in una fattoria, cui dette fuoco per vendicarsi della figlia dell'agricoltore, della quale egli si era invaghito senza venirne corrisposto; arrestato, veniva finalmente riconosciuto.

È morto a Londra sir PERCY SARGENT, valente chirurgo, il quale durante la guerra fu capo del Servizio sanitario militare dell'esercito inglese operante in Francia.

Il dott. S. NENO, presidente dell'Associazione Medica Giapponese, è morto a 60 anni di setticemia contratta in seguito a ferita durante un'operazione chirurgica.

Sir WILLIAM TAYLOR è morto in età di 62 anni, a Dublino; il giorno precedente aveva ancora operato, nell'Ospedale Patrik Dunn di quella città; era stato il primo presidente del Reale Collegio dei Chirurghi d'Irlanda.

La dott.a JEANE ELIZABETH WATERSTON, scozzese, è morta in età molto avanzata nel Sud-Africa, ove si è svolta la sua carriera medica e ove godeva di molta reputazione. Non si è mai riusciti a sapere con esattezza la sua età; ma ella accusava 88 anni.

Svolse molta attività anche nel campo politico ed era una valente oratrice. Si mantenne sempre molto vigorosa e fino all'ultimo rifiutò di essere considerata come una invalida. J.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Med. Klinik, 7 ott. — H. HANDOWSKY. I purganti.

Revue Méd.-Chir. des Mal. du Foie ecc., 5. — N. FIESSINGER. Il binomio spleno-epatico e suo intervento nel determinismo degli itteri.

Med. Welt, 8 ott. — R. FREUND. Scopi e posizione della chemoterapia. P. ERNST. Struttura e funzione. — L. BOGENDÖRFER. Meteorismo.

Klin. Woch., 8 ott. — P. NOETHER. Ormone tireotropo del lobo anter. dell'ipofisi. — C. SCHLESMAN. Diagnosi serologica dell'infezione da Bang.

Riv. e Cl. della Tub., 30 sett. — F. GALLI. Pneumotorace emostatico. — G. GIANNI Resez. degli scaleni nella cura della tbc. polm.

Cl. Med. It., sett. — C. CASSANO e L. MARTINO. Ricambio intermedio dei proteici nel diabete.

Forze Sanit., 30 sett. — M. MESSINI. Terapia dell'ipocloridria e dell'ipopepsia.

Rif. Med., 3 sett. — M. EINTROM. La bile scura.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., sett. — A. H. ROWE. Allergia uterina. — R. RICHARDSON e R. S. BITTER. Glicosuria in gravidanza.

Rif. Med., 1 ott. — R. PIAZZA. I lipidi nel sangue dei tbc.

Wien. Klin. Woch., 14 ott. — FALTA. Tecnica delle trasfusioni. — KOLLMANN. Sintomi capillari nelle ipertermie.

Prensa Méd. Arg., 30 ag., 10 sett. — F. DÉVÉ. L'echinococcosi. — J. C. LANDABURX. Radiodiagnosi dell'osteomielite. — J. ORGAZ. L'esercito come centro d'investigazione dell'eugenica.

Brit. Med. Journ., 15 ott. — DAWSON, MOYNIHAN. Splenectomie.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., ott. — J. W. KERNOHAN e H. L. PARKER. Morbo di Recklinghausen. — S. GINSBURG. Tirotossicosi simulante neurosi primaria.

Klin. Woch., 15 ott. — V. MALLINKRODT-HAUPT. Potere protettore della cute contro le infezioni.

Deut. Med. Woch., 14 ott. — Guerra coi gas e protezione contro i gas.

Pathologica, 15 ott. — R. BERNARDINI. Il fenomeno d'Arthus nello stomaco e ulcera gastr. — B. AMOIA. Tricomonidi nell'uretra masch.

Med. Welt, 15 ott. — E. F. MÜLLER. Le forze difensive dell'organismo contro le infezioni e loro impiego terapeutico.

Surg., Gyn. a. Obst., ott. — L. DAVIS e al. Il dolore viscerale. — E. C. MASON. Anidremia nell'autolisi epatica quale possibile causa di morte.

Rif. Med., 8 ott. — G. BAGNARESI. Azione dinamico-specifica e ricambio intermedio negli epatopazienti.

Paris Méd., 15 ott. — Numero sulle malattie dei reni e sull'urologia.

Presse Méd., 15 ott. — F. BEZANÇON. Le tendenze nosografiche attuali e la nozione di specificità.

Journ. Méd. de Paris, sett. — Numero sulla patologia cardiaca d'origine digestiva.

Sem. Méd., 29 sett. — P. JÁREGUI e J. L. MONSERRAT. Cisti idatidee calcificate. — P. COSSIO e I. BERCONSKY. Infarto del miocardio a sintomi di tachicardia.

Arch. It. di Chir., sett. — S. MILONE. La fibrosi cistica della mammella. — L. TORCHIANA. Circolo vizioso acuto da gastroenterostomia.

Journal A. M. A., 8 ott. — L. NOLAND. Chirurgia industriale. — W. S. DUNCAN. Rapporti tra malattie della tiroide e artriti croniche non specifiche.

Memorias do Inst. O. Cruz, 2. — C. CRUZ e al. Studi sull'alessina. — C. M. TORRES e A. P. DE AZEVEDO. Reticolo-endoteliomatosi maligna.

Arch. des Mal. App. Dig. ecc., ott. — G. FAROY e HONDAG-AN. Istamina. — R. MATHIEU e E. LEROY. Infantilismo intestinale.

Arch. Méd.-Chir. Appar. Resp., 4. — J. C. MUSSIO-FOURNIER e al. L'asma d'origine idatidea.

Amer. Journ. Med. Sc., ott. — J. EDLIKEN e C. C. WOLFERTH. Il cuore nel torace a imbuto. — W. W. G. MACLACHLAN. Il destrosio nella polmonite. — H. V. PARYZEK e E. E. ECKER. Setticemia da proteus. — R. M. BALYEAT. Dermatiti da contatto (venenata).

Med. Klinik, 14 ott. — E. FRANK. Azotemia acuta.

Presse Méd., 22 ott. — F. COSTE e FORESTIER. Streptococco e reumatismo cron.

Brit. Med. Journ., 22 ott. — E. W. FISH, M. MELLANBY. Carie dentaria.

Proc. R. Soc. Med., ott. — Discussioni su: complicazioni urinarie delle malattie del colon; dolore riflesso; infiammazioni nasali che coinvolgono l'orecchio. Casistica.

Klin. Woch., 22 ott. — A. SCHITTENHELM e B. EISLER. Terapia con ormoni tireotropi. — G. MEYER ZU HÖRSTE. Rachitismo magnesiaco.

Münch. Med. Woch., 21 ott. — KRECKE. Dei chirurghi. — SCHLAGENTMEIT. Dilettantismo urologico.

Amer. Journ. of Cancer, sett. — M. THURLOW. L'aumento del cancro è reale o apparente? — A. H. ESTABROOK. Risultati finali del trattam. del cancro. — E. B. WILSON. Il valore della statistica nello studio del cancro

Journal A. M. A., 15 ott. — J. M. ROGOFF. Trattamento del morbo di Addison con l'« interrenalina ». — H. J. CORPER. Substrati tissulari per la microcoltura di bb. tbc. — B. B. CROHN e al. Infiammaz. regionale dell'intestino ileo.

Revue de Méd., ott. — R. DEBRÉ e al. Sieroterapia e profilassi della difterite. — N. FIESSINGER e al. Mieliti stafilococciche guarite.

Pediatria, 1 nov. — S. ROMITO. Valore del siero antidifter.

Deut. Med. Woch., 28 ott. — RÜDIN. Sterilizzaz. e interruz. della gravidanza a scopi eugenici.

Med. Welt, 29 ott. — GAUPP. La dottrina delle neurosi.

Bull. Méd., 29 ott. — Numero di ematologia.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 ott. — Numero sulla tbc.

Arch. Roum. de Path. expér. ecc., mar. — Numero sulla malaria.

Paris Méd., 29 ott. — G. MOURIQUAND e al. Fissatori e antifissatori del calcio.

Ann. di Ost. e Gin., 30 sett. — L. PUCCIONI. Trattam. delle parametriti puerperali con la roentgenterapia. — G. VALLE. Le lipasi in ostetr. e ginec.

Riv. di Patol. nerv. e ment., lug.-ag. — A. PACIFICO. Reaz. di Taccone nel liquido c.-sp. — G. ROASENDA. Spasmi di torsione circoscritti. — V. TRONCONI. Nucleo dentato. — P. OTTONELLO e G. BIGNAMI. Espressioni vertebro-midollari dello « status dysraphicus ».

Archives Intern. Med., ott. — A. E. MEYER e al. Estratto epatico iniettabile. — G. M. BRANDAU. Anemia da cellule fusate.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo.

A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XL — Roma, 13 Marzo 1933 - XI — Num. 11

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA

Direttore: Prof. C. FRUGONI.

Cromoscopia gastrica col rosso neutro endovenoso. Suo valore clinico e rapporto con la prova istaminica.

Dott. FERDINANDO CORELLI, assistente vol.

La grande importanza che in questi ultimi anni ha assunto lo studio delle condizioni secretorie gastriche in varie malattie, in modo particolare nell'anemia perniciosa e nell'anemia ipocromica essenziale, ha dato un notevole impulso a quei metodi che meglio servono a mettere in evidenza lo stato della secrezione gastrica stessa; fra questi la prova istaminica, già di uso corrente, e la cromoscopia col rosso neutro.

La prova istaminica ha assunto, per i risultati che ci fornisce, un posto così importante nello studio della secrezione gastrica che in un esame completo di essa, questa prova non deve mancare.

Io mi occuperò ora della cromoscopia gastrica col rosso neutro somministrato endovena.

Il rosso neutro fra le molte sostanze coloranti studiate sperimentalmente, è quello che meglio si presta per la cromoscopia gastrica, perchè non è tossica, perchè si rende facilmente visibile, bastando minime quantità per colorare tipicamente il succo gastrico e perchè il suo tempo di eliminazione dà minori sbalzi di quello degli altri colori.

Il rosso neutro, scoperto da Witt nel 1879, è una polvere di colore bleu scuro, bene solubile in acqua, alcool, assume in ambiente acido un colore violetto scarlatto e giallo orange in ambiente alcalino.

Da Ehrlich fu introdotto in istologia; i nuclei ed altri costituenti basofili della cellula vengono colorati in rosso, in giallo citoplasma e granulazioni non basofile.

Si impiega nelle colorazioni vitali in soluzioni molto diluite. A differenza di altre sostanze coloranti, il rosso n. è così poco tos-

sico che molti dei piccoli animali acquatici ed alcuni pesci possono vivere bene in soluzioni di rosso neutro all'1/10.000-1/100.000. I loro tessuti si colorano in rosso, il pigmento si fissa nelle granulazioni protoplasmatiche.

Nei mammiferi il rosso n. si può iniettare per lungo tempo senza che l'animale ne risenta alcun danno. È un colore che iniettato parenteralmente viene eliminato nella massima quantità attraverso lo stomaco, in minore quantità e tardivamente attraverso i reni e l'intestino.

L'uso di sostanze coloranti nello studio delle funzioni gastriche è stato da tempo introdotto, all'inizio, per controllare insieme la funzione secretoria e motoria dello stomaco. Il rosso n. si somministrava per via orale (Schlaepfer 1908) assieme ad un dato pasto di prova, dal tempo impiegato a comparire nelle urine si deduceva l'inizio dello svuotamento gastrico, dalle varie diluizioni del colore nello stomaco, l'abbondanza o meno della secrezione gastrica.

Nello stesso anno Fuld trovò che il rosso neutro appariva nel piccolo stomaco alla Pawlov dopo che era stato posto nello stomaco grande e concludeva che questo colore poteva essere eliminato attraverso lo stomaco.

Vari anni più tardi (1923) Finkelstein sperimentando con diverse sostanze coloranti (rosso n., bleu di metilene, eosina, indigo carminio, rosso congo, fluorescina, fenolftaleina) su cani cui aveva fatto il piccolo stomaco, affermava che fra tutte queste il rosso n. più costantemente e regolarmente viene eliminato attraverso lo stomaco quando è iniettato per via intramuscolare; in piccola quantità vengono eliminati il bleu di metilene e la fluorescina, mentre gli altri colori non lo sono affatto.

Glaessner e Wittgenstein portarono un notevole contributo (1923) in questo campo: applicando clinicamente i risultati di Finkelstein trovarono che il rosso n. non è tossico, e usandolo in 40 pazienti per via intramuscolare arrivarono alle seguenti conclusioni: il tempo di comparsa del rosso nel succo gastrico è parallelo all'acidità; nelle persone normali è di 15 minuti, nell'ipercloridria varia dai 5 agli 8 minuti, nell'ipocloridria dai 20 ai 60 minuti, e nell'achilia non è eliminato.

Glaessner e Wittgenstein pensavano pure che la eliminazione del rosso avvenisse attraverso le ghiandole a secrezione cloridrica; lo studio quindi della eliminazione di questo colore poteva informare sulla funzione di quelle cellule secretorie.

Simici e Dimitriu (1924) videro che la rodamina, il bleu di metilene, il rosso n. erano eliminati attraverso lo stomaco, mentre non lo era l'indocarminio, la sulfonftaleina e l'eosina. La comparsa nel succo gastrico del rosso n. avveniva fra il 10°-15° minuto dall'iniezione, attraverso il rene era eliminato tardivamente ed in piccola quantità.

Carnot e Gaehlinger (1924) usarono nello studio della funzionalità gastrica il rosso n. intramuscolare: essi conclusero che la sua eliminazione attraverso lo stomaco avveniva in soggetti normali dopo 14-15 minuti; questo tempo è abbreviato negli ipercloridrici e ritardato negli ipocloridrici, non c'è comparsa nell'achilia. Risultati analoghi ottennero Faccini, Destrée e Govart e Chiabrera (1926).

Dawson (1925) studiò trenta sostanze coloranti e trovò che più rapidamente si eliminano il rosso neutro, l'azzurro di toluidina, la tionina, il bleu di metilene e la crisoidina.

Nel 1925 anche Winkelstein e Marcus studiarono su 46 pazienti l'eliminazione del rosso n. attraverso lo stomaco (iniezione intramuscolare) e videro essenzialmente che il tempo di comparsa del colore era parallelo all'acidità, che il tempo di comparsa non ha relazione netta con una data malattia, che nell'acloridria il colore non compare per due ore, e che l'eliminazione del colore non ha rapporti con la presenza o meno dei fermenti gastrici. Complessivamente ebbero risultati concordanti con quelli di Carnot e Gaehlinger e di Glassner e Wittgenstein. Altri AA. però [Davidson Willcox e Haagensen (1925)], usando il rosso n. nello studio delle achilie, conclusero che in tutte viene eliminato meno che nell'achilia dell'anemia perniciosa; suggerivano perciò la cromoscopia gastrica come prova utile nella diagnosi differenziale delle achilie.

Questo sarebbe stato un dato molto importante, per il valore che ha oggi il reperto di achilia gastrica, ma non fu confermato da successivi osservatori ed anche dai miei esami cromoscopici col rosso n. per endovena la precedente asserzione non risultò esatta.

Nel 1929 Winkelstein e Marcus ripresero l'argomento del rosso n. nelle achilie, per riconfermare le loro precedenti conclusioni; essi esaminarono 60 casi di achilie: in tutti i loro casi in cui mai era apparso HCl nel succo gastrico mai il rosso n. fu eliminato, qualsiasi fosse l'acloridria in causa, e furono esa-

minate acloridrie di varie malattie (anemia perniciosa, neoplasie gastriche, sifilidi gastriche, gastrectomie subtotali per ulcus).

Conclusero quindi che la mancanza del rosso n. nel succo gastrico è legata all'assenza dell'HCl, e siccome l'acloridria si può avere in numerose condizioni patologiche, la mancanza di eliminazione del rosso attraverso lo stomaco (cromoscopia negativa) non indica una data malattia, ma solo acloridria.

Essi notarono pure che nelle *false achilie* il rosso è eliminato: la cromoscopia quindi, secondo questi AA., servirebbe a differenziare queste dalle vere achilie.

False achilie sono giudicate quelle in cui si ha un reperto di assenza di HCl in uno stomaco che è capace di eliminarlo, occorrendo qualche volta, per metterlo in evidenza, o uno stimolo notevole alla secrezione o particolari procedimenti, come lavaggi gastrici preliminari se c'è notevole quantità di muco; trattasi di casi in cui una piccola quantità di HCl è presente, ma non è rilevata perchè, per es., neutralizzata la reflusso duodenale, facile evenienza nelle gastrectomie parziali per ulcera, e nelle gastroenteroanastomosi.

Esaminando però con attenzione questi casi di false achilie, facendo se del caso prima della prova lavaggi gastrici ripetuti o aumentando lo stimolo alla secrezione, specie con istamina, si possono ugualmente mettere in evidenza, ed il rosso neutro lo conferma.

Non sono pochi anzi i casi che ad esami superficiali possono passare e passavano una volta come achilie, ma con questi accorgimenti si può dimostrare presenza di HCl libero; è per questo che alcune delle vecchie statistiche di achilie oggi non hanno un valore assoluto; ed è così che si spiegano pure alcuni dati contradditori ottenuti da qualche autore, come il reperto di rosso n. nel succo gastrico con un reperto di HCl assente. Questo è un dato inesatto, come sostiene Winkelstein e Marcus, e come ho controllato anch'io nelle mie cromogastroscopie. Ogni volta che compare il rosso neutro nello stomaco in caso di presenza di achilia, se l'HCl è cercato bene, sia ripetendo gli esami, sia usando altri metodi, si può trovarlo. Anche nello stesso esame io non ho mai avuto la comparsa separata del rosso con HCl assente e viceversa, e se in uno stomaco che all'istamina aveva mostrato presenza di HCl (con prova del rosso positiva) si eseguiva la cromoscopia in un altro giorno, per es. solo a digiuno, se l'HCl per tutta la durata dell'esame *non* veniva secreto, *non* compariva neppure il rosso, *sebbene si sapesse* che quello stomaco poteva, per es. sotto l'istamina, secernere HCl. (Tipico a questo riguardo è il caso N. 56); la comparsa del rosso però può iniziare più tardi se l'HCl comincia allora ad essere eliminato. (Caso N. 54).

Un particolare importante invece è da ricordare: l'HCl deve essere *cercato subito* appena estratto il succo gastrico e *contemporaneamente* al reperto del rosso perchè qualche volta può venire o neutralizzato da rigurgito duodenale oppure legato dal muco, e si possono quindi avere, se cercato tardi, i reperti contradditori di rosso presente, con HCl libero assente.

Alcuni AA. poi paragonano i dati ottenuti in tempi ed esami differenti, per es.: controllano un giorno i valori della secrezione gastrica, in un secondo giorno fanno la cromoscopia e mettono poi in rapporto i valori del primo esame col tempo di comparsa del rosso avuto nel secondo esame fatto in un momento qualsiasi. Ciò può essere causa di inesattezza, perchè se è noto che il tempo di eliminazione del rosso è in rapporto coi valori cloridrici, io ho visto, con cromoscopie ripetute *nello stesso soggetto* in *vari* momenti di *diversi* esami gastrici, che è spesso, anche in rapporto coi *valori cloridrici presenti nel momento stesso dell'esame*. I valori dell'HCl infatti sono diversi nello stesso soggetto a seconda dei vari tempi in cui viene eseguito l'esame (curve di secrezione); e non è raro il caso di avere a digiuno, per es., un reperto di acloridria, mentre dopo mezz'ora dall'istamina si possono avere valori normali. Orbene se in uno di questi ultimi casi si inietta il rosso a digiuno finchè l'HCl è assente il rosso non compare allora (caso 54 e 56), ma comincia a comparire più tardi, se in seguito anche all'eccitazione meccanica del sondino, HCl comincia ad essere secreto, e non compare se l'HCl non è anch'esso secreto; mentre compare normalmente, sempre nello stesso caso, dopo istamina. È d'uopo quindi comparare il tempo di comparsa del rosso coi valori dell'HCl presenti al momento dell'iniezione, e se rosso n. è stato eliminato, HCl è presente perchè il rosso è un colore che è eliminato attraverso uno stomaco capace di secernere HCl libero. Se in uno di questi casi HCl non si trova è da pensare che sia stato neutralizzato da succo duodenale refluito. Ma su ciò ritornerò più avanti, esponendo i risultati delle mie cromoscopie gastriche.

Nel 1930 Cohen, Natzner e Irving Gray trovarono che il rosso n. era stato eliminato in tre casi di anemia perniciosa esaminati. Essi però, pur non escludendo che il colore fosse eliminato direttamente dallo stomaco achilico di quei pazienti, ammisero la possibilità di un reflusso duodenale del colore.

Si sa infatti da ricerche sperimentali che il rosso n. è eliminato oltre che nello stomaco anche con la bile e nell'intestino dal duodeno all'ileo, e si sa pure che il rigurgito duodenale non è sempre caratterizzato dalla presenza di bile, ma che ci può essere il solo succo duodenale con la tripsina senza bile.

Questi AA. quindi ammettono per questi reperti insoliti e discutibili, date le condizioni gastriche particolari dell'anemia perniciosa, un reflusso duodenale anche se non accompagnato dalla presenza di bile.

Ultimamente Montemartini, della Clinica Chirurgica di Perugia, ha eseguito ricerche sulla cromoscopia gastrica in rapporto alle comuni ricerche chimico-cliniche sulla secrezione e motilità dello stomaco, usando il bleu di metilene ed il rosso neutro. Quest'ultima sostanza colorante gli ha forniti risultati più attendibili per costanza di comparsa e per maggiore visibilità iniziale. Egli riconfermò il parallelismo fra cromoscopia e secrezione, mentre non trovò alcun rapporto fra cromoscopia e motilità.

F. F. Martinez nello stesso tempo riferisce sui risultati ottenuti con lo cromoscopia col rosso n. intramuscolare (5 cc. di soluzione acquosa 1 %). Egli vide, in linea generale, che a maggior acidità corrisponde maggior rapidità di eliminazione e viceversa, quando l'eliminazione è precoce, l'acidità gastrica è alta. Nelle achilie il rosso non è eliminato. Così pure vide Speziale che usò anch'egli la via intramuscolare, e Streicher, Rivolta e Baschenow.

Interessanti ricerche furono eseguite l'anno scorso sui cani da Vitali, della Clinica Chirurgica di Roma; iniettando il rosso endovena (2 ctg. in 5 cc. di acqua distillata) ha notato che, a digiuno in animali normali, il colore è eliminato in un tempo variabile fra 3 e 6 minuti primi. Nell'uomo, con rosso endovena, io ho avuto dei tempi di comparsa ancor più brevi; in un caso (morbo di Bürgher, senza alterazioni gastriche), dopo iniezione di istamina il colore apparve dopo 1 minuto primo e 5 secondi dalla fine dell'iniezione (che era durata 40 secondi; totale 1'45''), mentre contemporaneamente c'era HCl libero = 3,60 ‰, e AT = 3,90 ‰ (caso N. 60).

Vitali ha confermato che iniettando il colore in varî periodi della digestione esiste un rapporto fra precocità di eliminazione e grado di acidità gastrica. Con l'osservazione diretta poi a stomaco aperto in 6 casi ha visto che l'eliminazione del rosso inizia dopo 3-4 minuti nella regione del corpo e del fondo e più tardi (dopo 10-15 minuti primi), ma non costantemente, nella regione dell'antro pilorico.

* * *

Data l'importanza che si dà alle condizioni secretorie gastriche, e particolarmente ad un reperto di achilia gastrica nell'anemia perniciosa, nell'anemia ipocromica essenziale con acloridria od ipocloridria ed in altri stati anemici, io ho usata la cromogastroscopia col rosso neutro endovenoso come controllo delle achilie. Ho eseguito poi questa prova su gastropazienti e su ammalati affetti da lesioni indifferenti dal lato gastrico osservando i rapporti fra secrezione gastrica normale, ipercloridria, ipocloridrie ed il tempo di comparsa del colore iniettato endovena in rapporto ai diversi valori cloridrici in soggetti diversi e sopratutto in rapporto alle varie fasi della secrezione gastrica, ai momenti cioè di diversa intensità di secrezione cloridrica. Nei 62 casi osservati con la cromoscopia furono eseguiti anche gli altri esami di uso corrente in Clinica (sondaggi frazionati a digiuno, pasto di Leube, prova dell'istamina) per determinare nel modo migliore le condizioni secretorie del caso in esame.

Tecnica.

Nei vari esami col rosso neutro eseguiti nell'uomo, finora si usò correntemente la via intramuscolare. In tal modo però si ebbero, benchè non di frequente, nel luogo dell'iniezione, delle reazioni, dei dolori urenti, tanto che qualche A. consigliò di iniettare prima nel luogo dell'iniezione della novocaina (Gabriel Peco).

Data la scarsa tossicità del rosso neutro io ho usato la via endovenosa, preferibile alla somministrazione intramuscolare perchè dà dei tempi di comparsa molto brevi (in casi normali dopo due-quattro minuti, inizia l'eliminazione del colore) quindi abbrevia pure la durata dell'esame, e perchè anche il margine fra i tempi di comparsa normali è più breve che per via intramuscolare. È consigliabile poi in quanto, eliminando i dolori e qualsiasi reazione locale nella zona iniettata, ci ripara dalle possibili variazioni nel tempo di assorbimento del colore nella zona

stessa, e ciò ha importanza in una prova in cui anche piccole variazioni nel tempo di eliminazione del colore hanno valore. La via endovenosa poi è preferibile, e questo mi interessò particolarmente, perchè essendo breve il tempo di comparsa del colore così iniettato, ci permette di paragonare precisamente il tempo di eliminazione coi valori cloridrici nel momento stesso dell'esame; mentre che per via intramuscolare, anche in casi normali, il colore compare dopo 15-20 minuti, durante il qual tempo i valori della secrezione gastrica possono modificarsi.

La soluzione colorante fu sempre preparata al momento dell'uso (con acqua distillata, tiepida, perchè il colore si scioglie più presto) perchè le soluzioni preparate da tempo possono dare dei dati imprecisi.

L'introduzione endovenosa del rosso n. fu sempre innocua; io ho eseguito più di cento cromoscopie e non si produssero mai reazioni generali o locali, nè la vena del gomito mai si trombizzò, anche usando 3-4 volte lo stesso punto per prove successive.

Fu sopportata con indifferenza anche da soggetti in condizioni generali scadenti e da tre itterici.

La dose comunemente usata fu di 40 mmg. sciolti in 5 cc. di acqua distillata, ma anche con quantità superiori (50-80 mmg.) non si ebbero reazioni di sorta, neppure eseguendo nello stesso paziente la prova 4 volte in 4 giorni successivi.

Per il sondaggio fu usata la comune sondina di Einhorn, raccordato con una siringa da 20 cc.

L'introduzione della sondina è bene sia fatta lentamente, se si vuole dopo aver bagnate le fauci con cocaina (soluzione al 2 %), ed è importante che l'ammalato sia tranquillo, oltre che per evitare i conati di vomito, la nausea ed il rigurgito duodenale, anche perchè si sa l'influenza che le emozioni, l'ira, la paura hanno sulla secrezione gastrica e quindi anche sul tempo di eliminazione del colore. In due pazienti normali infatti fu introdotto il sondino nonostante che i pazienti lo rifiutassero e piangessero: orbene il rosso n. endovenoso non comparve nel succo gastrico fino a mezz'ora dall'iniezione (e contemporaneamente non si ebbe neppure eliminazione di HCl), mentre, ripetuta alcuni giorni dopo la cromoscopia nelle stesse condizioni (digiuno), ma a pazienti tranquilli, si ebbe subito presenza di HCl libero ed il colore pure comparve subito.

In alcuni casi, specie nelle achilie, quando nello stomaco c'era una discreta quantità di muco, si faceva prima un lavaggio gastrico con acqua ossigenata diluita: ciò nello scopo di allontanare il più possibile lo strato mucoso che ricopre le pareti gastriche e mettere così in evidenza, se esistono, anche tracce di HCl libero, che altrimenti ci possono sfuggire, e conoscere quindi alcune delle « false achilie ».

Sempre fu esaminato subito prima dell'iniezione endovenosa del rosso il succo gastrico per l'HCl libero e l'AT, e se nello stomaco non era rimasta una discreta quantità di secrezione, si iniettavano 20-30 cc. di acqua tiepida, per poter avere alle successive frazionate estrazioni, sempre del liquido da osservare, nel quale si fosse diluito il colore e cogliere così nel tempo più breve il primo momento di comparsa del colore stesso.

Sicuri di poter estrarre a volontà un po' del liquido gastrico si iniettava (impiegando 30-40 minuti secondi) il rosso nella vena del gomito, indi si cominciavano le estrazioni frazionate a piccoli intervalli (20-30 secondi) notando il tempo di comparsa della prima lieve tinta rosa (meglio guardare su sfondo bianco), tinta che poi nelle estrazioni successive passa al roseo più carico e poi al rosa carico caratteristico aumentando l'intensità della secrezione (in ambiente acido).

Quello che mi interessò maggiormente fu l'inizio della comparsa del colore, perchè il ritmo, la durata dell'eliminazione e la quantità di secreto hanno minore importanza. (Le ricerche di Fedele e Cavanero non sono però concordi su quest'ultimo punto).

Non raramente avviene di estrarre, sia prima che durante la prova, del liquido biliare. Allora, se non si è ancora iniettato il rosso, si può fare un rapido lavaggio dello stomaco con acqua tiepida fino ad avere liquido chiaro, lasciando poi 30-40 cc. di quest'acqua nello stomaco ed iniziare la prova; se invece questa è già stata iniziata, si estraggono lo stesso nei vari tempi i campioni separati di succo gastrico, che si acidificano, si filtrano, e sul filtrato si vede il color rosa, oppure si trattano, come consigliano Cohen, Matzner e Irving Gray, nel modo seguente: a 15-20 cc. di contenuto gastrico si aggiungono due grammi di acetato tribasico di piombo e si agita; poi un grammo di carbone animale, si filtra e si acidifica con acido acetico (per quantità minori di succo gastrico si usano quantità proporzionalmente minori di acetato tribasico di piombo e di carbone).

Sul filtrato che si confronta con un tubo di acqua distillata, campione, guardando su sfondo bianco, si vedrà, se rosso neutro fu eliminato, la tinta rosa.

Una causa che maschera la presenza del colore può essere l'alcalinità del succo gastrico, dovuta a reflusso duodenale anche senza bile, basta acidificare leggermente per veder comparire, se era presente, il color rosso.

La presenza di sangue può anche impedire il riconoscimento del colore; aggiungendo qualche goccia di ac. acetico glaciale si produce ematina acida. Si filtra e sul filtrato si riconosce facilmente il colore.

RICERCHE PERSONALI.

Le mie cromoscopie gastriche col rosso n. endovenoso, più di cento complessivamente, in 62 casi sono divise in tre gruppi, riportati nelle tre tabelle seguenti, in cui accanto ai tempi di comparsa del colore ci sono i valori cloridrici esistenti al momento stesso dell'esame.

Il primo gruppo comprende i soggetti in cui la cromoscopia fu eseguita una volta solo a digiuno.

Il secondo: in soggetti in cui la cromoscopia fu eseguita solo durante la prova istaminica.

il terzo: in soggetti in cui si fecero due cromoscopie in giorni diversi: una a digiuno ed una durante la prova istaminica (al 30° minuto), e ciò allo scopo di osservare il tempo di comparsa del colore nello stesso paziente, sia a valori cloridrici bassi (a digiuno) che dopo lo stimolo istaminico, quando la secrezione cloridrica raggiunge i valori massimi, e vedere cioè se anche nello stesso soggetto il tempo di eliminazione del colore è diverso da momento a momento, a seconda dei diversi valori cloridrici (curve di secrezione).

La prova istaminica oltre che per lo stimolo alla secrezione gastrica è preferibile all'uso di pasti o colazioni di prova contemporaneamente alla cromoscopia, usati da alcuni AA., anche perchè producendo un'abbondante e limpida secrezione gastrica (eccetto che nelle achilie) facilita l'osservazione della prima comparsa del rosso ed elimina così il bisogno di introdurre nello stomaco liquidi in cui la sostanza colorante si diluisca. Si sa infatti, come ha visto Vitali nei cani a stomaco aperto, che il colore appare sulla mucosa gastrica qualche frazione di minuto prima che si possa apprezzare all'esterno: ed è questo tempo che qualche volta può portare delle differenze nei risultati di una cromoscopia.

I tempi riportati nelle tabelle seguenti sono calcolati dalla fine dell'iniezione endovenosa (per la quale si impiegano in media trenta-quaranta minuti secondi).

COMMENTO.

Dall'osservazione generale dei tre gruppi si ha che *nelle achilie*, qualunque sia il quadro morboso cui appartengono (anemia perniciosa, anemia ipocromica essenziale, achilie trovate a sorpresa, neoplasie gastriche ecc.) il rosso neutro, anche iniettato endovena, *non compare mai* nel succo gastrico. Furono esaminati 22 casi di achilie, in sedici dei quali la cromoscopia fu eseguita due volte, a digiuno e dopo istamina; inoltre nelle anemie perniciose la prova fu ripetuta dopo la normalizzazione ematica; così pure in due anemie ipocromiche essenziali dopo terapia ferrica ad alte dosi.

Dall'osservazione del primo gruppo (cromoscopie eseguite a digiuno in soggetti diversi) si nota che non si ebbe eliminazione di rosso quando l'HCl non era eliminato contemporaneamente (Caso N. 16), benchè si sapesse da altri esami che quello stomaco poteva secernere HCl. Come già si disse, se in un soggetto a digiuno non era presente HCl, iniettando in quel momento il rosso, il colore non venne eliminato fino a quando non appariva più tardi o per lo stimolo meccanico del sondino o per istamina, la prima traccia di HCl libero, avendosi così la comparsa altrettanto tardiva del rosso quanto quella dell'HCl. Oltre al caso N. 16, ne osservai degli altri: il 54, il 56 e il 58 del III gruppo. Nel 56, iniettato il rosso n. a digiuno, appena introdotto il sondino, quando l'HCl era assente, non si ebbe comparsa del rosso, se non dopo 7 minuti, quando anche l'HCl era già cominciato ad apparire. Il caso 58 poi (marcata ipocloridria) è ancora più interessante, perchè eseguito un primo esame a digiuno si ebbe per la durata *di un'ora* assenza di HCl libero e per tutto questo tempo si ebbe pure mancanza di eliminazione del rosso.

Ripetuto l'esame di controllo, a digiuno, una seconda volta per un'ora non comparve HCl e contemporaneamente non comparve neppure il rosso (cromoscopia negativa).

Si poteva quindi pensare esistesse un'acloridria, ma fatta la prova istamica, al 30° minuto dall'iniezione si ebbe HCl: 0,55 con

TABELLA I. — I GRUPPO: *Cromoscopie solo a digiuno.*

Num. dei casi	Diagnosi	Rosso iniettato endovena a digiuno con HCl libero ‰	A. T. ‰	Comparsa del colore nel succo gastrico dopo minuti
1	Periviscerite	1	1,50	3′
2	Ulcus duodeni	2,90	3,25	1′,50″
3	Ulcus duodeni	0,90	1,70	3′,50″
4	Gastrite etilica	2,50	2,80	2′,15″
5	Poliartrite reumatica	0,20	0,80	5′
6	Nevrosi gastrica	0,30	0,70	4′
7	Polineurite	0,54	0,90	3′,30″
8	Pleurite essudativa	0,30	0,60	7′
9	Pleurite essudativa	0,80	1,44	3′
10	Colite ulcerosa	1,50	1,90	2′,30″
11	Colite cronica	1,80	2,19	2′,30″
12	Pitiatismo	0,86	1,40	5′
13	Nevrosi gastrica	1,30	1,60	2′,30″
14	Mediastinite	0,65	0,90	4′
15	Anemia secondaria	1,80	2,20	2′,30″
16	Reumatismo articolare guarito	*a*) acloridria per mezz'ora		ass. per mezz'ora
		b) 0,20	0,90 (1)	5′

(1) *a*) ad ammalata che piange, ed ha nausea; *b*) ad ammalata tranquilla.

TABELLA II. — II GRUPPO: *Cromoscopie eseguite solo dopo istamina.*

Num. dei casi	Diagnosi	Rosso neutro endovena al 30′ minuto dopo iniez. di istamina (cc. 0,50) con HCl libero ‰	A. T. ‰	Comparsa del colore nel succo gastrico dopo minuti
17	Metrorragie della pubertà	4,20	4,50	1′,50″
18	Anemia secondaria	1,80	2	2′,30″
19	Vizio mitralico	3,40	3,95	3′
20	Aortite luetica	1,82	2	2′,20″
21	Sepsi guarita	2,55	2,63	2′,20″
22	Isterismo	2,75	3	2′,50″
23	Ulcus duodeni	2,90	3,10	2′,30″
24	Peritonite neoplastica	2,55	3	3′
25	Ulcus duodeni	3,60	3,90	2′
26	Cistopielite	2,30	2,50	3′
27	Nevrosi	4	4,30	2′
28	M. di Glenard	0,90	1,20	5′
29	Calcolosi epatica	1,80	3,30	2′,20″
30	Anemia aplastica	achilia	—	non compare
31	Artrite cronica	achilia	—	non compare
32	Neoplasia gastrica	achilia	—	non compare
33	Neoplasia gastrica	achilia	—	non compare
34	Colite cronica	achilia	—	non compare
35	Neoplasia gastrica	achilia	—	non compare
36	Gastroenterostomia (per ulcus duodeni)	0 (succo intensamente biliare)	0,50	10′ (rosa frammisto alla bile)

TABELLA III. — III GRUPPO: *Cromoscopie eseguite nello stesso soggetto sia a digiuno che dopo istamina.*

Num. dei casi	Diagnosi	Digiuno: coi seguenti valori cloridrici: HCl ‰	Digiuno: A.T. ‰	Digiuno: il colore compare nel succo gastrico dopo minuti primi	Istamina: coi seguenti valori cloridrici: HCl ‰	Istamina: A.T. ‰	Istamina: il colore compare nel succo gastrico dopo minuti primi
37	Anemia perniciosa (1)	achilia	—	non compare	achilia	—	non compare
38	Anemia perniciosa . .	achilia	—	non compare	achilia	—	non compare
39	Anemia perniciosa . .	achilia	—	non compare	achilia	—	non compare
40	Anemia perniciosa . .	achilia	—	non compare	achilia	—	non compare
41	Anemia perniciosa . .	achilia	—	non compare	achilia	—	non compare
42	An. perniciosiforme	achilia	—	non compare	achilia	—	non compare
43	An. ipocrom. essenz.	achilia	—	non compare	achilia	—	non compare
44	An. ipocrom. essenz.	achilia	—	non compare	achilia	—	non compare
45	Anemia aplastica . .	achilia	—	non compare	achilia	—	non compare
46	Neoplasia gastrica . .	achilia	—	non compare	achilia	—	non compare
47	Neoplasia gastrica . .	achilia	—	non compare	achilia	—	non compare
48	Neoplasia gastrica . .	achilia	—	non compare	achilia	—	non compare
49	Achilia asintomatica	achilia	—	non compare	achilia	—	non compare
50	An. ipocromica; reum. cronico.	achilia	—	non compare	achilia	—	non compare
51	Glossite ricorrente . .	achilia	—	non compare	achilia	—	non compare
52	An. ipocrom. essenz. metrorragia.	achilia	—	non compare	achilia	—	non compare
53	Adenopatia tracheo-bronchiale.	0,60	0,80	4′	2,30	2,50	3′
54	Enuresi notturna . .	*a*) acloridria *b*) 1	 1,30	10′ (2) 2′,30″	4,30	4,45	2′
55	Colite cronica	0,60	0,80	2′,15″	1,80	2,19	2′,30″
56	M. di Glénard	—	—	7′ (3)	0,86	1,30	4′,50″
57	Vizio mitralico	0,36	0,50	2′,30″	2,62	2,90	2′,30″
58	Artrite vert. cronica	1) 0 per un'ora 2) 0 per un'ora		non comp. per 1 h. non comp. per 1 h.	0,55	0,70	3′,10″
59	Ulcera gastrica	3,10	3,50	1′,45″	3,60	3,90	1′,50″
60	Tromboarterite	1,40	1,60	2′	3,60	3,90	1′ e 5′
61	Gastroenterostomia	1,80	2,18	1′,30″	4	4,20	1′,50″
62	Gastrite	1	1,50	1′,45″	3,28	3,50	1′,20″

(1) In tutte le anemie perniciose la cromoscopia gastrica fu ripetuta dopo epatoterapia, così pure in due anemie ipocromiche essenziali dopo terapia ferrica. Si ebbero gli stessi risultati: prova negativa.

(2) *a*) Primo esame: a soggetto piangente. Dopo mezz'ora di acloridria si inietta il rosso n. che compare al 10° minuto *quando pure c'è HCl* = 1 ‰, A.T. 1,20 ‰; *b*) Secondo esame: a soggetto tranquillo. Compare subito HCl libero. — (3) Iniettato il rosso, mentre HCl è assente, compare dopo 7 minuti *quando anche HCl è presente* (0,20 ‰; A.T. 0,50 ‰). — Questi tempi sono calcolati dalla fine dell'iniezione endovenosa per la quale si impiegarono 30-40 minuti secondi.

AT. 0,70: iniettato allora il rosso, si ebbe la sua comparsa dopo 3 minuti e dieci secondi.

In questo caso la comparsa del colore solo contemporaneamente alla presenza dell'HCl (messo in evidenza solo con l'istamina) e la sua permanente assenza fino a che era pure assente HCl ci dice che: 1) il rosso neutro non è eliminato fino a che non viene eliminato HCl, non solo nelle acloridrie vere ma anche nelle false (in uno stomaco cioè capace di secernere *ancora* sotto stimoli notevoli, dell'HCl, contrariamente a quanto sostengono Wilkenstein e Marcus e Nye e Sippe); 2) in confronto all'istamina, il rosso neutro non eccita la secrezione gastrica, ed anche per questo non ha grande potere nello svelare le vere dallo apparenti acloridrie.

Osservando il primo e secondo gruppo, che comprende esami eseguiti durante la prova istaminica si vede che nei casi in cui HCl *era presente nello stomaco la comparsa del rosso n. nel succo gastrico avviene sempre;* ed *in un tempo* che spesso, in soggetti diversi, *fu parallelo ai valori dell'*HCl *libero.*

In linea generale si può affermare che a *valori cloridrici bassi corrispondono tempi di comparsa piuttosto allungati,* ed a *valori elevati tempi di comparsa più brevi e tanto più quanto più alto è il contenuto di* HCl.

Io poi ho visto con cromoscopie ripetute in vari giorni ed in condizioni di diversa attività secretoria (a digiuno e dopo istamina) che frequentemente il tempo di comparsa *varia anche nello stesso soggetto* a seconda dei diversi gradi di acidità cloridrica *presente nel momento in cui si fa l'esame.* (Terzo gruppo casi Nn. 53, 54, 56, 58, 60, 62).

Ma ho notato pure con gli esami del terzo gruppo, che in un minor numero di casi si ha nello stesso soggetto un tempo di comparsa uniforme anche per valori cloridrici diversi (N. 57 e 59) e qualche volta (N. 55 e 61) a valori cloridrici più bassi corrisponde un tempo di comparsa più breve di quello trovato in una prova successiva che dia valori cloridrici più alti.

Sebbene questi reperti si abbiano raramente, sarebbe importante notare se sono in rapporto con particolari alterazioni della secrezione gastrica, oppure se non dipendono da un reflusso duodenale anche senza bile. Da dire però che le differenze notate sono piccole, di pochi minuti secondi, e su di esse può avere importanza anche la difficoltà a cogliere in tutti i casi egualmente il primo tempo di comparsa del colore.

Potendosi avere in cromoscopie fatte in momenti differenti, tempi di eliminazione diversi, si ha che riportando i risultati di un esame cromoscopico (eseguito sia per endovena che per via endomuscolare) è d'uopo indicare in che momento e con che valori di acidità fu eseguita la prova stessa e quando poi si debba fare una seconda o terza prova di confronto (volendo, per es., controllare i risultati sull'ipercloridria di un'ulcera gastrica, ottenuti con una cura pepsinica con la quale si ottiene spesso diminuzione dell'ipercloridria con allungamento quindi del tempo di comparsa del rosso neutro) è necessario eseguire la seconda, la terza prova nelle stesse condizioni della prima, altrimenti i tempi ottenuti perdono di valore nel paragone.

Osservando i tre gruppi di esami si vede pure che nella cromoscopia gastrica col rosso n. l'eliminazione del colore non ha un comportamento particolare per particolari malattie: quando c'è un'ipercloridria, sia che si tratti di un'ulcera gastrica, quanto di un'ipercloridria riflessa da causa lontana, extragastrica, si ha una eliminazione accelerata del colore, l'importante è che esista un'ipercloridria, e viceversa per l'ipocloridria si ha un ritardo di eliminazione qualunque sia la causa che la sostiene.

Ho raccolto i tempi medî di eliminazione pel rosso n. con i corrispondenti valori cloridrici in una tabella:

TABELLA IV.

Con HCl libero da... ‰ a... ‰	si hanno tempi di comparsa del rosso n. nel succo gastrico di minuti
0	non compare mai
0,10-1	3'-7'
1,00-2,50	2',30''-3'
2,50-4,50 e più	1' e 5''-2',30''

nella quale i tempi, per i nostri esami sono calcolati sui valori dell'HCl libero, ciò che è preferibile, ma si possono anche calcolare sui valori dell'A. T. come è fatto nella seguente ta-

bella (Tabella V) specie se contemporaneamente si eseguissero pasti o colazioni di prova.

Con A. T. da... ‰ a... ‰	si hanno tempi di comparsa del rosso n. di minuti da:.. a...
0,10-1	4'-7'
1,00-2,50	2',30"-4'
2,50-4,50 e più	1' e 5"-2',30"

I tempi riportati in queste due tabelle sono approssimativamente esatti, poichè trattandosi di calcolare tempi molto brevi, minuti e loro frazioni, sono possibili degli sbalzi anche di parecchi minuti secondi, e ciò può dipendere, anche astraendo da inesattezza di tecnica, se non si riesce ad estrarre liquido nelle prime estrazioni frazionate, da che il liquido, estratto come campione nei primi momenti, non si è ancora colorato a sufficienza perchè es. l'estremità della sondina è verso la parte pilorica dello stomaco, nella zona cioè in cui, come si sa dalle ricerche del Vitali, l'eliminazione del colore avverrebbe un po' più tardi che nel fondo dello stomaco.

* * *

Sapendo poi il tempo di comparsa si potrebbe fare anche il processo inverso, cioè desumere da esso, con una certa approssimazione come si è detto, i valori dell'HCl libero presente, però solo nel momento della eliminazione del colore. Non si può, opppure è difficile seguire con la cromoscopia anche la curva della secrezione cloridrica, come si fa con gli esami frazionati, perchè la cromoscopia, notando il momento della comparsa del colore, *fissa* un momento solo della secrezione cloridrica, quello in cui viene eseguita. È per questo che è necessario indicare accanto ai dati di una cromoscopia il momento in cui si fa l'iniezione sia endovenosa che endomuscolare del colore. Vi sono differenze anche notevoli nella intensità del colore eliminato da caso a caso ma interferendo vari fattori non hanno un significato preciso.

Nei rapporti con la prova istaminica la cromoscopia gastrica anche col rosso neutro endovenoso, a mio parere, non ha l'importanza che si suole dare a quest'ultima prova. Essa infatti non produce come l'istamina, una eccitazione alla secrezione gastrica e non aiuta a svelare le vere, dalle apparenti achilie: in uno dei miei casi (N. 58) si ebbe prova negativa per un'ora mentre invece con l'istamina si è potuto avere secrezione di HCl.

Dove invece la cromoscopia gastrica col rosso n. porta un notevole vantaggio è nei casi in cui si ha un continuo riflusso duodenale biliare come nelle gastroenterostomie e nelle gastrectomie, con alcalinizzazione del succo gastrico tinto di bile ed anche con svuotamento accelerato.

In tali condizioni si può avere mancanza di HCl libero nei diversi campioni, ma se esiste ancora potere di secrezione cloridrica iniettando il rosso si avrà la sua comparsa mescolato con il liquido biliare, potendosi così dedurre la presenza di HCl libero e dal tempo di comparsa anche approssimativamente i suoi valori.

A questo riguardo ricorderò il caso n. 36 *Ulcus duodeni*, (gastroenterostomia con ambedue le bocche funzionanti) in cui le varie estrazioni erano alcaline e sempre abbondantemente tinte di bile; non si aveva HCl libero sia per svuotamento rapido che per reflusso biliare continuo. Con la cromoscopia comparve il rosso nel succo gastrico frammisto alla bile (messo bene in evidenza acidificando e filtrando) testimoniante la presenza dell'HCl libero (e non si trattava di rosso eliminato attraverso il fegato e refluito con la bile nello stomaco, perchè comparso troppo presto).

IMPORTANZA CLINICA.

Diverse sono le opinioni degli AA. che si sono occupati dell'argomento. Chi attribuisce alla cromoscopia un valore di prim'ordine, superiore anche alla prova istaminica (Winkelstein e Marcus) perchè il rosso n. non è tossico e non produce le reazioni che può dare l'istamina, chi invece non le dà che secondaria importanza.

Ammettendo un rapporto stretto fra secrezione dell'HCl ed eliminazione del rosso e poichè questo colore non è di per sè uno stimolante la secrezione gastrica, io credo che pur essendo una prova utile, non le si possa attribuire un eccessivo valore, almeno nei riguardi degli esami gastrici comuni.

Questa prova, unita ad altre, ci fornisce, un dato di più, di controllo, per un giudizio più completo ed esatto, ma non ci dà un reperto di primaria importanza.

Dove essa è utile è nelle achilie, in cui un suo reperto negativo, specie se associato alla prova istaminica, ci garantisce nel modo migliore della reale esistenza di questa importante alterazione, ma un suo reperto da solo

non avrebbe ugual valore di uno negativo ottenuto con istamina sola.

Utile invece riesce nelle gastroenteroanastomosi e nelle gastrectomie, quando si abbia un continuo reflusso duodenale alcalino con svuotamento gastrico accelerato.

Ci sono poi dei casi in cui l'istamina può non essere indicata ed allora la cromoscopia gastrica col rosso n. può essere usata in sua vece.

CONCLUSIONI.

Da quanto sopra si è detto e dall'osservazione dei risultati ottenuti nei 62 casi osservati con più di 100 cromoscopie si ha che:

1) la cromoscopia gastrica col rosso neutro iniettato endovena è una prova semplice, facile, di breve durata e scevra d'inconvenienti come è il bleu nella funzionalità renale;

2) l'eliminazione del rosso n. è legata alla presenza dell'HCl. Nelle achilie il rosso neutro non viene eliminato (cromoscopia gastrica negativa) qualunque sia lo stato morboso in cui si ha l'acloridria;

3) quando l'HCl è presente nel succo gastrico anche il rosso n. è eliminato e viceversa. Il tempo di eliminazione in soggetti sani o affetti da lesioni gastriche o meno, in linea generale è in rapporto col grado di acidità cloridrica esistente *al momento stesso dell'esame*. In molti casi il tempo di comparsa varia anche nello stesso soggetto a seconda delle varie fasi della secrezione cloridrica in cui viene eseguita la cromoscopia.

È indicato quindi precisare il momento in cui una cromoscopia gastrica viene eseguita e quando si debba ripetere è d'uopo ripeterla nelle stesse condizioni;

4) sono riportati in due tabelle i vari tempi di comparsa con l'uso endovenoso del rosso ed i corrispondenti valori cloridrici;

5) l'A. non crede di attribuire primaria importanza a questa prova nell'esame comune della funzionalità gastrica.

Roma, ottobre 1932.

RIASSUNTO.

L'A. ha condotto ricerche sulla cromoscopia gastrica col rosso neutro iniettato endovena valutando i risultati da essa offerti, in rapporto anche alla prova istaminica. Descritta la tecnica in base all'osservazione di più di cento cromoscopie (in 62 ammalati) arriva alle seguenti conclusioni: La cromoscopia col rosso n. endovenoso è una prova facile e semplice. L'eliminazione del rosso è legata alla presenza dell'HCl. Il tempo di eliminazione del colore, è in linea generale sia in soggetti sani che affetti da lesioni gastriche o meno, in rapporto col grado di acidità cloridrica esistente al momento stesso dell'esame. Spesso il tempo di comparsa varia anche nello stesso soggetto a seconda delle varie fasi della secrezione cloridrica in cui si fa la cromoscopia e per questo bisogna precisare il momento, ed i valori cloridrici relativi, presenti quando si inietta il colore.

Sono riportati in due tabelle i tempi di comparsa nelle varie condizioni di secrezione gastrica con l'uso endovenoso del rosso neutro.

BIBLIOGRAFIA.

FULD. Münch. Med. Woch., 43, 908, 27 ott. 1908.
SCHLAEPFER. Ibid., 1908.
FINKELSTEIN. Arch. f. Verdauungskr., 30, 299, gennaio 1923.
GLAESSNER e WITTGENSTEIN. Klin. Woch., 2, 1650, 27 agosto 1923.
CARNOT e GAEHLINGER. Paris Méd., 8 nov. 1924.
SIMICI e DUMITRIU. Arch. des Mal. App. Dig., pag. 648, 1924.
DESTREE e GODART. Bruxelles Méd., 1° febbr. 1925.
DAWSON. Amer. Journ. of Physiology, 1° luglio 1925.
FACCINI. Archivio Ital. di Chirurgia, n. 13, 1925.
GABRIEL e PECO. Semana Medica de Buenos Aires, 4 agosto 1927.
CHIABRERA. Minerva Medica, n. 17, 1926.
WINKELSTEIN e MARCUS. Journ. Amer. Med. Ass., 85, 1397, 31 ott. 1925.
ID. ID. Ibid., 92, 1238, 13 aprile 1929.
FEDELE e CAVANERO. Minerva Medica, n. 17, 1927.
DAVIDSON, WILLOCX, HAAGENSEN. Journ. Am. Med. Ass., 85, 794, 12 settembre 1925.
BASCHENOW. Zeitschr. f. Klin. Med., 111, 5-6, 1929.
RIVOLTA. Minerva Medica, n. 46, 1930.
COHEN, MATZNER, IRVING GRAY. Arch. of Int. Med., n. 6 dicembre 1930.
STREICHER. Journ. Am. Med. Ass., n. 5, 1930.
FIDEL FERNANDEZ MARTINEZ. Semana Medica, n. 17, 23 aprile 1931.
MONTEMARTINI. Giornale Medico Alto Adige, fasc. 1, gennaio 1931.
VITALE. Ibid., n. 8, agosto 1931.
NYE e SIPPE. Medical Journal of Australia. Recens. in Journ. Amer. Med. Ass., n. 19, vol. 98, 1932.
SPEZIALE. Riforma Medica, n. 31, 6 agosto 1932.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI CESENATICO (FORLÌ)

Splenectomia per ittero emolitico.

Dott. EGISTO CAPECCHI,
chirurgo-direttore e docente.

Benchè assai numerose siano ormai le splenectomie eseguite per ittero emolitico non mi sembra del tutto privo di interesse riferirne un caso, da me operato recentemente, che per il risultato rapido oltremodo soddisfacente ottenuto merita di essere aggiunto ai tanti esempi felici consegnati alla letteratura e che hanno fatto attribuire alla cura dell'ittero emolitico con la splenectomia il titolo di « trionfo della chirurgia splenica » (Mayo).

E. Ester di Lazzaro, di anni 32, nativa di Cesena. Padre e madre viventi e sani. Ha quattro sorelle e due fratelli che godono anch'essi buona salute. Non risulta che la malattia attuale risalga agli ascendenti ed è certo che ha risparmiato i genitori e i collaterali. Nascita ed infanzia furono regolari. Verso i 10 anni i genitori notarono che essa presentava le sclere di colorito giallo, colorito che non scomparve mai. Mestruata a 14 anni, le mestruazioni furono sempre regolari per qualità, quantità e ritmo.

Maritata a 21 anni con uomo sano, ebbe da questi 4 figli; di cui uno morì per asfissia prodotta da corpo estraneo (castagna secca) entrato incidentalmente in trachea e due per gastro-enterite acuta. La superstite ha 28 mesi ed è in buona salute. A 23 anni ebbe un periodo febbrile (febbri tifoidi?) durante il quale fu ricoverata in ospedale dove i sanitari di allora le riscontrarono una milza assi aumentata di volume.

Prescindendo da questo periodo febbrile e da qualche disturbo di scarsa importanza clinica la p. è stata bene fino a 6-7 anni fa in cui ha cominciato a notare una certa diminuzione delle forze e del colorito della pelle che aveva acquistato un colore giallo-pallido, una cefalea piuttosto intensa a carattere intermittente che la tormentava specialmente al mattino appena alzata ed un senso di peso alla regione splenica. Da oltre 2 anni e particolarmente dopo l'ultima gravidanza la tinta itterica delle sclere e della cute s'è pronunciata, al senso di peso alla regione splenica si sono aggiunti dei dolori a tipo trafittivo che insorgono quasi costantemente dopo i pasti o nella inflessione del tronco e che si fanno più intensi dopo un lungo cammino o nel salire le scale.

Da 3 mesi è amenorroica e la p. è costretta a tenere il letto per un senso di profondo torpore e di stanchezza.

Non ha mai lamentato tosse; alvo e minzione sono stati sempre regolari e le feci non sono state mai acoliche.

E. O. Donna di costituzione scheletrica regolare con pannicolo adiposo discretamente abbondante. Atteggiamento generale astenico, psiche depressa, ma intelligente. Cute leggermente pastosa, di colorito giallo-pallido marcato e sclere di tinta itterica. Lieve accenno di edema ai malleoli dopo prolungata stazione eretta. Nulla a carico del sistema venoso e ghiandolare superficiale. Lingua pallida, detersa, umida. Temperatura normale. Peso Kg. 52, polso 75-80, pressione 120-/65 col Riva-Rocci.

Nulla al capo e al collo. Apparati respiratorio e cardio-vascolare negativi. L'addome è piuttosto voluminoso e nettamente più sporgente nel quadrante superiore di sinistra. Non esiste liquido nel cavo addominale. Il fegato è leggermente ingrandito e di consistenza di poco superiore alla norma. Quel che maggiormente, direi anzi unicamente, colpisce l'attenzione all'esame dell'addome, è sopratutto la milza la quale occupa tutto l'ipocondrio sinistro oltrepassando in basso la linea ombelicale trasversa per un tratto di 4-5 centimetri. Essa si palpa come un grosso corpo sferoide, mobile con gli atti respiratori, spostabile coi mutamenti di posizione, indolente, di consistenza discreta e con una netta incisura nella sua faccia antero-mediale. Dal lato ginecologico tutti i segni di uno stato gravidico riferibile al terzo mese. Da quello nervoso niente di importante da rilevare.

I dati di laboratorio furono i seguenti:

Urina: nulla di anormale. Presente urobilina ed urobilinogeno, assenti traccie di emoglobina e di bilirubina.

Sangue: siero-reazione di Wassermann e di Meinicke: negative. Bilirubinemia 8.50/1000. La cibra dei globuli rossi oscilla fra 3.200.000 a 3.500.000; l'Hb. fra 48 e 55 %; i globuli bianchi sono 7-8000 per mmc., pressochè così ripartiti: neutrofili 65 %, eosinofili 1, basofili 1, linfociti 25, grossi mononucleati 6, forme di passaggio 2.

Anisocitosi, poichilocitosi, marcata policromatofilia. Abbondanti eritrociti a contenuto granulofilamentoso (reticolociti). Assenza di normoblasti. Presenza di microciti a palla ipercromici.

Resistenza globulare media nettamente diminuita di fronte alle soluzioni saline ipotonioche.

Intervento: Narcosi eterea. Incisione pararettale sinistra con prolungamento trasversale e laterale in alto (fig. 1).

Liberazione della milza dal colon trasverso, dal discendente e dalla volta diaframmatica. Legatura del peduncolo splenico. Ablazione della milza. Sutura a strati completa della parete addominale.

La milza è liscia, di colore ardesiaco, di forma ovoidale (fig. 2), di consistenza aumentata, del peso di Kg. 1,250, con un diametro longitudinale di cm. 23 ed un diametro trasversale di cm. 15. Dai vasi dell'ilo fuoriescono circa 280 cmc. di sangue che si coagula rapidamente liberando un siero colorato in giallo.

L'esame istologico della milza a piccolo ingrandimento rivela che la struttura fondamentale dell'organo non risulta modificata nei suoi costituenti fondamentali, se pure si nota un leggero aumento della trama di sostegno accompagnato da modica atrofia dei follicoli linfatici.

A maggiore ingrandimento (fig. 3) si osserva che le maglie della polpa splenica appaiono infarcite di sangue ed in qualche zona ricche di pigmento ematico; a ciò si accompagna un notevole aumento di attività degli elementi propri della polpa splenica con proliferazione degli elementi del reticolo.

I follicoli sono d'ordinario piuttosto piccoli, con riduzione degli elementi linfoidi; la arteria centrale del follicolo ha per lo più pareti ispessite.

Il decorso post-operatorio fu dei migliori. Si ebbe, come di consueto, una leggera elevazione termica per 3 giorni consecutivi dopo i quali la temperatura diventò normale. In seconda giornata l'ittero aveva già cominciato chiaramente a diminuire e tale diminuzione continuò in modo direi sorprendente poichè in quinta giornata esso era completamente scomparso tanto dalle sclere quanto dalla cute. Si ebbe anche una rapida e progressiva ripresa dello stato del sangue. Un esame di esso eseguito al quinto giorno dall'intervento dava i seguenti risultati: globuli rossi 4.600.000, globuli bianchi 13.500, Hb. 75. Formula leucocitaria indifferente come nei primi esami. Anisocitosi, microcitosi, reticolociti in discreta diminuzione. Presenza di qualche normoblasta.

(FIG. 1).

(FIG. 2).

La p. lasciava l'ospedale dopo 20 giorni dall'operazione in ottime condizioni generali, con conservazione perfetta del suo stato gravidco, con sclere bianche, ripresa del colorito della cute, muccose rosee ed aumentata di peso di 4 Kgr.

(FIG. 3).
(Obb. 5, ocul. 3 Koristka).

Rivista dopo tre mesi fu trovata in istato di gravidanza inoltrata e in condizioni generali assai migliori di quelle che presentava alla sua uscita dall'ospedale. Si rammaricava di non essersi sot

toposta prima all'intervento che l'aveva liberata da tutte le sofferenze ridandole la sensazione completa del suo passato benessere.

L'esame istologico del sangue era ritornato pressochè normale. Persisteva soltanto un certo grado di fragilità globulare (0,58) benchè in grado minore di quella riscontrata prima della splenectomia.

Di fronte ad una sindrome ittero-emolitica conclamata come quella di cui era affetta la mia malata, in istato di malattia aperta e non di sola disfunzione del sistema emolitopoietico o semplicemente di segni latenti di costituzione emolitica (Gänsslen), l'indicazione per la splenectomia era netta e relativamente facile per qualunque medico. La gravidanza, dato lo stato profondo di anemia e di astenia, non poteva rappresentare una contro indicazione ma anzi una spinta all'intervento.

Oggi si può affermare che nell'ittero emolitico la splenectomia da sola è seguita da guarigione più o meno completa, guarigione clinica e spesso anche ematologica.

L'ittero emolitico, descritto prima da Minkowski (1900) e poi da Chauffard (1907) e da altri, contestato alcuni anni fa, è attualmente ammesso senza riserve da tutti gli autori italiani e stranieri. Esso consiste in una sindrome anatomo-patologica e clinica congenita, e secondo alcuni anche acquisita, in cui l'itterizia s'accompagna ad una ipertrofia splenica senza primitiva modificazione della funzione epatica. Questa itterizia che è la conseguenza di una esagerata distruzione dei globuli rossi per emolisi e che provoca di conseguenza una anemia più o meno intensa, più o meno permanente, con o senza reazione midollare compensatrice, manca degli ordinari segni tossici come il prurito quasi sempre presente nella volgare itterizia; presenta urobilinuria ed assenza di sali biliari nelle urine. Le feci non sono mai decolorate, ma in molti casi assumono una colorazione più marcata prodotta dalla stercobilina emessa in quantità tanto più grande quanto più intensa è la distruzione globulare.

Le stimmate emafiche che la caratterizzano consistono specialmente in una diminuzione di resistenza, in una variazione del volume e della forma dei globuli rossi ed in un aumento delle emazie granulose o granulo-filamentose. Tale fenomenologia aderiva in tutto e per tutto al quadro clinico e biochimico presentato dalla mia malata e quindi al quadro dell'ittero emolitico primitivo nella sua forma più tipicamente costituzionale.

A confermarlo si è aggiunto dopo l'intervento il risultato dell'esame istologico nel quale tutte le note anatomiche parlano in favore di un tumore di milza emolitico.

Da quando (1903) il nostro Banti sostenne la splenectomia nell'ittero emolitico congenito e Micheli (1911) pubblicò il primo caso, riconosciuto tale, operato, con successo, numerose (oltre 200) sono state le splenectomie praticate tanto nei bambini che negli adulti.

Gli effetti dell'intervento, nei casi di ittero emolitico conclamato, come si può desumere anche dal caso sopra riferito, sono veramente eccellenti e spesso meravigliosi. Essi si traducono nella scomparsa più o meno rapida, da qualche giorno ad una settimana o poco più; spesso dall'oggi all'indomani, dell'ittero, cui corrisponde la scomparsa nello stesso modo rapida dell'urobilinuria e il ritorno a cifre normali del bilinogeno fecale e della bilirubina del sangue. La scomparsa dell'ittero resta definitiva. Lo stato generale migliora prontamente. Nei bambini la crescita subisce una generosa spinta e i caratteri sessuali si completano. La anemia sollecitamente scompare, il numero dei globuli rossi ben presto aumenta, il contenuto in emoglobina anche, ma più lentamente. La riparazione dell'anemia avviene pressochè in due maniere: si ha prima la riparazione quantitativa poi la qualitativa. Le emazie granulose scompaiono dal sangue circolante contemporaneamente agli altri segni di imperfetta formazione globulare quali l'anisocitosi, la poichilocitosi, la policromatofilia; ma questa scomparsa non si produce che con lentezza essendo possibile tali alterazioni riscontrarle anche parecchi mesi dopo l'operazione.

La resistenza globulare aumenta progressivamente dopo la splenectomia, ma bene spesso una certa fragilità persiste ed in qualche caso essa permane quasi immutata. Per spiegare questo fenomeno alcuni ammettono che la splenectomia sopprima la distruzione globulare, processo splenico, e che solo secondariamente, ma tardivamente, sia capace di influenzare anche la fragilità, processo midollare.

Nell'ittero emolitico acquisito i risultati della splenectomia non sarebbero così costanti come in quello congenito.

L'esistenza dell'ittero emolitico acquisito, descritto da Widal, Abrami, e Brülé, è caratterizzato da un inizio brusco, che nell'adulto avverrebbe senza alcuna nozione di ereditarietà e di antecedenti famigliari e che si distinguerebbe in forme acute, sub-acute e croniche, è attualmente messa in discussione. Alcuni

autori che si sono interessati a fondo dell'argomento e che hanno studiato con molta diligenza i malati di ittero emolitico e le loro famiglie concludono affermando che esistono degli individui i quali, pur presentando note costituzionali bene accertate di tale affezione, avendo cioè una diatesi emolitica clinicamente latente, sono tuttavia apparentemente sani. Detti individui, arrivati ad una età avanzata, senza alcun precedente disturbo od alcun fatto prodromico, sono talora improvvisamente sorpresi da fatti di ittero emolitico conclamato, il quale, impropriamente ritenuto acquisito, è invece, secondo la maggioranza degli autori, considerato come il prodotto di una anomalia costituzionale trasmissibile ai discendenti.

La splenectomia, com'è noto, viene oggi applicata alla maggior parte degli itteri emolitici bene eccertati e con risultati completi e definitivi poichè la maggior parte degli ammalati operati e seguiti, conservano, anche dopo parecchi anni (perfino dopo 15-20-30 anni) una salute eccellente.

Recidive od insuccessi rappresentano ormai delle eccezioni tanto più trascurabili se si pensa che molti di questi non appartengono al quadro dell'ittero emolitico costituzionale (casi di splenomegalia emolitica di Banti, di splenomegalia emolitica con anemia, emoglobinuria e emosiderinuria tipo Marchiafava, di spenomegalia emolitica con anemia perniciosa tipo Strümpell, di anemia emolitica criptogenetica prob. infettiva o riconducibile a complicanze colangitiche). A ciò si deve aggiungere la possibilità che milze succenturiate (ve ne erano due piccolissime anche nella mia malata, che asportai) rimaste per dimenticanza nell'addome possano, dopo la splenectomia, ipertrofizzarsi ed assumere facilmente una funzione vicaria, e quindi mantenere ancora in atto la causa del morbo.

Il fatto che i casi operati dimostrino non di rado la persistenza o la ricomparsa a più o meno lunga distanza dall'atto operativo di alcune stigmate biologiche di questa entità morbosa, compatibili con uno stato perfetto di salute e di attività (diminuzione della resistenza globulare, lieve aumento della bilirubina del siero di sangue, senza tracce di ittero cutaneo o sclerale, lieve anisocitosi e microcitosi ed anche talora un leggero aumento del ricambio emoglobinico), significa che la guarigione non è completa nel senso biologico della parola, ma che è ordinariamente tale in senso clinico.

Il processo morboso che sta alla base dell'ittero emolitico non scompare totalmente ma diventa latente; quella che scompare è la malattia. E ciò è quel che più importa e quello che giustifica senz'altro l'intervento chirurgico, non già nelle innumerevoli forme in cui è più questione di una anomalia costituzionale che di un vero stato morboso, ma in tutti i casi in cui uno stato durevole di anemia più o meno profonda è incompatibile colla normale attività della vita ed in quelli in cui il decorso squisitamente cronico è interrotto a vari intervalli da crisi di deglobulizzazione più o meno intense e talora minacciose (Micheli).

Lo stato di malattia della mia paziente era manifesto ed assai preoccupante per quanto esente da speciali note di malignità o da complicazioni serie. L'anemia fattasi sempre più grave sopratutto col succedersi delle gravidanze, l'ittero piuttosto marcato, i dolori in sede splenica accentuatisi e divenuti intolleranti, la astenia generale e la depressione anch'esse aggravatesi, dimostravano un processo in piena attività ostinato e suscettibile di ulteriore peggioramento, d'onde la necessità e l'urgenza dell'intervento.

Senza effetto durevole sarebbero indubbiamente rimasti gli altri mezzi di cura come l'irradiazione della milza coi raggi Roentgen, l'opoterapia epatica o il soggiorno in alta montagna. Il quale ultimo mezzo, anche se fosse stato possibile per la nostra malata realizzarlo, il risultato non sarebbe stato che insufficiente ed effimero.

In sostituzione della splenectomia si è ricorso di recente alla legatura dell'arteria splenica quale mezzo atrofizzante il parenchima splenico.

Il primo tentativo di sostituire alla splenectomia la legatura dell'arteria splenica nell'ittero emolitico fu eseguito da Alessandri nel 1928 in un giovane di 22 anni affetto da una forma famigliare. Esso lo ripetè in un secondo caso operato nel 1929.

Il tentativo di Alessandri fu ripetuto da Luigi Durante nel 1930, in una giovane di 20 anni affetta da una grave forma di ittero emolitico congenito.

Dopo aver dichiarato che sperimentalmente la legatura espone, se la milza è molto grossa, a dei fenomeni di necrosi, il Durante conclude affermando che la splenectomia gli sembra nettamente superiore alla legatura.

D'Oelnitz e Prat, nel 1929, al Congresso Francese di Medicina, riferirono un caso di un bambino con grave forma di ittero emolitico,

nel quale gli era stata praticata la legatura dell'arteria splenica in seguito alla quale si era verificata una retrazione rapida della milza, la cessazione delle crisi di ittero ed un aumento del numero dei globuli rossi. Questi conclusero dichiarando che una splenectomia in tal caso non sarebbe stata possibile dato lo stato generale del malato e che la legatura aveva salvato il piccolo paziente.

Siccome hanno fatto osservare P. E. Weil e R. Gregoire, in taluni casi di splenomegalie considerevoli, o con sviluppo enorme delle vene del peduncolo, le difficoltà operatorie sono talora delle più grandi. In conseguenza dell'evolversi della malattia, le vene in particolare possono assumere delle proporzioni insospettate, attorcigliarsi sul peduncolo, negli epiploon ed insinuarsi nelle aderenze che spesso contraggono queste grosse milze. Per cui, se l'operatore non è prevenuto su questa possibilità corre quasi sicuramente il rischio di provocare una emorragia fulminea e mortale, dato lo sviluppo enorme del calibro vasale. In questi casi onde evitare, se possibile, un rischio così grave sarà opportuno e prudente sostituire alla splenectomia la sola legatura dell'arteria splenica che, con un pericolo assai minore, è in grado di sopprimere la funzione della milza e quindi di raggiungere l'effetto terapeutico desiderato.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso, diligentemente studiato, di ittero emolitico congenito, in istato di malattia aperta e non sola disfunzione del sistema emolitopoietico, operato di splenectomia con successo. La milza pesava gr. 1250. Prende spunto dal caso per fare alcune brevi considerazioni sulla malattia e sul suo migliore trattamento terapeutico.

BIBLIOGRAFIA.

ALESSANDRI R. Policlinico, Sez. Chirurgica, 1929, n. 30.

BANTI E. Atti dell'Accademia Med. Fis. Fiorentina, 16 marzo 1911.

MICHELI F. Giornale della R. Accademia Med. di Torino, seduta 30 giugno 1911 e Relazione al XXXV Congr. Ital. di Medicina.

MAYO W. Archivio Ital. di Chirurgia, vol. XVIII, 1927.

DURANTE L. Minerva Medica, anno XXII, vol. I, n. 13, marzo 1930.

SANTY P. Journal de Chirurgie, vol. XL, n. 4, ottobre 1932.

L'ATTUALITÀ MEDICA

Il pneumotorace nel trattamento della polmonite lobare acuta.

La geniale scoperta di Forlanini ha trovato in questi ultimi tempi una nuova applicazione, per la cura della polmonite lobare acuta. A quanto sembra, il primo che ha riferito una serie di casi trattati con questo metodo è stato J. J. Coghlan (1) il quale incomincia il suo lavoro rilevando che durante una ricerca sulla polmonite lobare, si è scoperto che la provocazione di un pneumotorace artificiale ha una influenza favorevole sul decorso della malattia.

I vantaggi che tale A. attribuisce al metodo sono quelli di: 1) separare le superfici pleuriche infiammate, diminuendo il dolore e facilitando la respirazione; 2) mettere il polmone in riposo; 3) limitare l'afflusso del sangue al polmone infiammato, diminuendo così l'anossiemia ed ostacolando il passaggio delle tossine nel circolo generale.

All'introduzione dell'ago, si rileva anzitutto l'estrema sensibilità della pleura, per cui è consigliabile l'anestesia completa. Introdotto l'ago, si osserva un'altra particolarità, cioè le ampie ed irregolari variazioni della pressione endopleurica, che mostra oscillazioni le quali vanno da —40 a +40, sicchè non è possibile regolarsi sul manometro per il riempimento.

In meno di un'ora (nelle osservazioni di Coghlan anche dopo una quindicina di minuti) le condizioni del malato subiscono un cambiamento notevole. La respirazione si fa più facile e meno frequente; scompare il dolore pleurico; la temperatura si abbassa fin verso i 37° e così pure diminuisce la frequenza del polso; si manifesta abbondante sudorazione; il malato ha la sensazione di stare molto meglio. Quindi, tutti i fenomeni della crisi.

In qualche caso, specialmente se la malattia era già in periodo abbastanza avanzato, il malato si avvia così alla guarigione. Generalmente, dopo 12-24 ore, si ha una riaccensione della febbre e degli altri fenomeni; un secondo riempimento pneumotoracico provoca una crisi analoga, che spesso è definitiva, oppure vi sussegue la caduta della temperatura per lisi. Al secondo riempimento, Coghlan ha osservato che l'aria era stata completamente riassorbita, fatto contestato da S. Perlroth e M. Topercer (2).

I casi trattati da Coghlan furono 6; fra di essi, si ebbe un morto, un uomo di 55 anni, con evidenti fenomeni tossici e cuore in cattive condizioni, in cui il pnt. fatto forse con eccessiva quantità di aria (750 cmc.) determinò una crisi violenta a cui seguirono poche ore

(1) *The Lancet*, 2 gennaio 1932.

(2) *Wiener klinische Wochenschrift*, 2 dicembre 1932.

dopo la ricomparsa della febbre e l'installarsi dell'insufficienza del cuore destro, che non potè essere vinta.

Altri 6 casi furono trattati da K. H. Li (3) che osservò fenomeni analoghi del rapido stabilirsi della crisi ed ebbe pure un morto, in una puerpera di 25 anni, in cui la polmonite era accompagnata da versamento pleurico. Invece, un uomo di 62 anni, in pessime condizioni guarì.

Perlroth e Topercer praticarono il pnt. in 7 casi, fra i quali ebbero un morto, un uomo di 55 anni alcoolista ed arteriosclerotico.

Dall'esame dei casi riferiti degli AA. citati, l'effetto terapeutico è innegabile poichè in tutti, anche in quelli terminati con la morte, il pnt. portò un evidente miglioramento nei fenomeni obbiettivi e subbiettivi. In qualche caso, si è riusciti a dare già al terzo giorno (il primo in cui il malato era stato veduto) un miglioramento notevole a cui seguì, al quinto giorno, la guarigione, controllata anche dal reperto radiografico. Si ha l'impressione che, in genere, la durata della malattia ne risulti abbreviata, sebbene il decorso della polmonite non sia sempre talmente regolare da assicurare che la guarigione avvenuta al sesto giorno sia dovuta alla cura. Per un giudizio fondato occorrerebbe un larghissimo numero di casi, tutt'altro che agevole ad ottenersi con una terapia come questa che esige speciali condizioni di applicazione.

La storia della terapia della polmonite, del resto, c'insegna che i metodi volta a volta proposti sono sempre stati basati su numerose osservazioni favorevoli, il che non ha impedito che anch'essi andassero fuori d'uso. Chi ricorda più oggi, p. es., il metodo di Petrescu della digitalizzazione a dosi esagerate, che pure ebbe tanta voga circa 30-40 anni fa?

Accanto ai vantaggi, occorre segnalare anche i *possibili pericoli*. Primo fra questi il piopneumotorace, che è complicazione sia della polmonite che del pnt. Per rendere minimo il rischio e specialmente per evitare una superinfezione, vanno messe in opera le più scrupolose precauzioni di asepsi, evitando altresì di traumatizzare inutilmente la pleura. Tale complicazione è stata osservata due volte da Perlroth e Topercer (in un caso si ebbe un vero empiema). In un caso (mortale) di Li, esisteva già alla prima insufflazione un versamento; il secondo riempimento non fu nemmeno eseguito, perchè non fu possibile nè estrarre liquido, nè introdurre aria. Complessivamente, tale complicazione si ebbe 3 volte su 19 casi.

Altro possibile pericolo è il collasso cardiaco, che può talora accompagnare la crisi e che è più da temere con la ripetuta applicazione del pnt., con cui si hanno crisi a ripetizione. Nel caso mortale di Coghlan che come si è detto riguardava un individuo già tarato nel sistema circolatorio, la crisi troppo violenta è stata seguìta a breve distanza dalla morte.

Complicazioni possibili sono pure: lo « shokc » pleurico, l'ascesso e la gangrena del polmone, l'embolo polmonare e la setticemia pneumococcica.

Tecnica. Circa un'ora prima di fare il pnt., si pratica un'iniezione di morfina (cg. 1-1 e 1/2), procedendo poi all'anestesia locale con novocaina, indispensabile per l'estrema sensibilità della pleura. È anche consigliabile l'iniezione di canfora, mezz'ora prima del pnt.

Con asepsi scrupolosa, si dà poi la puntura sull'area del lobo affetto. Si introducono 400-500 cmc. di aria, ripetendo tale introduzione 12-24 ore dopo. Nel caso che la febbre continui, Coghlan consiglia un terzo riempimento di 100-150 cmc. dopo altre 10-12 ore.

Se le condizioni del paziente sono tali che facciano temere per le conseguenze di una crisi violenta, si faranno riempimenti modici di 100-150 cmc., in modo da ottenere piuttosto una caduta per lisi che per crisi.

Il *meccanismo di azione* è soggetto a discussione. L'idea di Coghlan che il pnt. blocchi, in certo modo, germi e tossine nel polmone, impedendone la diffusione del circolo generale, non appare sostenibile, poichè la polmonite è piuttosto una setticemia anzichè una malattia locale. Anche l'idea che, per la separazione dei foglietti pleurici, venga diminuita la dolorabilità, facilitando la respirazione è verosimile fino ad un certo punto, sia perchè, se vi sono aderenze, tale effetto non si ottiene, sia perchè lo si è avuto talvolta (un caso di Perlroth e Topercer) con l'introduzione di soli 50 cmc. di aria, quantità certamente insufficiente per ottenere una vera decorticazione. Con sì scarsa quantità di aria non è nemmeno ammissibile che si arrivi a collassare ed a mettere in riposo il polmone.

Ma ciò che contrasta maggiormente con l'ipotesi di un effetto locale sono i fenomeni generali che si osservano e che hanno tutto in comune con la vera crisi: caduta della temperatura, abbondante sudorazione, aumento dei cloruri urinari (da g. 4 a 6,40 per 1000) e diminuzione dei leucociti (da 19.200 a 14.200). Il pnt. deve quindi avere un'azione generale, costituire una terapia modificatrice (nel senso della «Umstimmung» dei tedeschi) che ci porta nel campo ancora nebuloso della attivazione del protoplasma cellulare, degli ipotetici anticorpi e del generico e comodo concetto di aumento delle forze di difesa dell'organismo.

Dal punto di vista pratico, è da tenersi presente la possibilità di applicazione del pnt. alla terapia della polmonite, in quanto che con esso sono stati ottenuti dei risultati veramente brillanti, fra cui un caso di Coghlan ed uno di Li in cui le condizioni apparivano disperate.

Sarà bene, per ora, limitare l'applicazione ai casi in cui essa appare più indicata: polmo-

---

(3) *The Chinese Medical Journal*, settembre 1932.

nite franca in individui non vecchi, in discrete condizioni dell'apparato circolatorio, nei primi 5 giorni di malattia. Evidentemente, il pnt. va fatto soltanto in ospedale e da chi abbia lunga pratica di tale intervento. In questo modo, si potranno probabilmente salvare delle vite e dare dei periodi di benessere nel corso di questa malattia.

Uno studio ulteriore e più approfondito di tale applicazione è inoltre di grande interesse dal punto di visto teoretico-scientifico, allo scopo di chiarire il meccanismo della crisi (che qui è determinata almeno apparentemente da un intervento fisico) e dell'azione del pneumotorace, che non è ancora perfettamente e completamente chiarita.

A. FILIPPINI.

SUNTI E RASSEGNE.

ALLERGIA.

Allergia alimentare e sindromi addominali.

(A. H. ROWE. *American Journal Medical Sciences*, aprile 1932).

L'allergia alimentare è spesso causa di dolori addominali acuti, di vomiti e di molti altri disturbi più o meno persistenti.

In una serie di 100 casi di pazienti di tali disturbi l'A. ha trovato: afta nel 20 %; lingua patinosa nel 18 %; alito fetido nel 14 %; eruttazioni nel 20 %; acidità nel 18 %; senso di peso all'epigastrio nel 28 %; pirosi nel 14 %; nausea nel 40 %; vomito nel 30 %; spasmo intestinale nel 24 %; colite mucosa nel 14 %; diarrea nel 12 %; stipsi nel 32 %; proctite nel 2 %; prurito anale nel 4 %; dolore ed ipersensibilità all'epigastrio nel 20 %, al quadrante superiore destro nel 14 %, alla parte mediana dell'addome nel 10 %, al basso ventre nel 20 %; dolore del tipo dell'ulcera nel 10 %.

Oltre a questi disturbi buona parte dei soggetti soffrivano: senso di debolezza, facile esaurimento, nervosismo, malessere generale, ottundimento mentale.

Nel 65 % dei casi si riscontrò un'allergia familiare generica.

E nel 13-36 % dei casi c'era allergia familiare specifica per l'asma, la febbre da fieno, l'eczema o l'emicrania.

In effetti la casistica prova abbondantemente la tendenza specifica alla trasmissione ereditaria dell'allergia.

L'allergia produce nei tessuti due principali reazioni alle quali corrispondono sintomi caratteristici: *a*) edema delle mucose e di altri tessuti con la concomitante produzione di muco ed alterazione delle permeabilità; *b*) spasmo dei muscoli lisci che si può verificare nei bronchi, nelle arterie, nel tratto intestinale ed urogenitale.

Pertanto le membrane mucose e le muscolari del tubo digerente sono sedi notevoli per la produzione di reazioni allergiche alimentari. È probabile che nelle parti stesse si verifichino lesioni analoghe a quelle che si hanno nella cute (urticaria, eritema, eczema).

In un caso di supposta occlusione intestinale all'operazione si trovò edema angioneurotico.

L'allergia alimentare può estrinsecarsi con disturbi a carico delle varie parti del tubo digerente.

Tra i disturbi gastrici i più frequenti sono la distensione, le eruttazioni, la pirosi, il senso di peso, la nausea, il vomito, l'acidità. Tali sintomi possono avere varia intensità e manifestarsi da una a tre ore dopo l'ingestione della sostanza allergica.

I disturbi digestivi e specialmente l'intolleranza alimentare specifica nell'infanzia sono spesso dovuti ad allergia ed è probabile che molti casi di pilorospasmo sono dovuti ad edema allergico o a contrazione dei muscoli lisci.

Spesso si hanno anche afte boccali, gengive e lingue patinose.

Spesso si ha associazione di tali disturbi con emicrania e tutto fa ritenere che quest'ultima affezione sia anch'essa dovuta ad allergia alimentare.

L'allergia alimentare può dar luogo ad una vera sindrome di colite mucosa con scariche diarroiche e spasmi, e talvolta perfino con ulcerazioni ed emorragie.

In molti casi si può avere anche stipsi in relazione a spasmo della muscolatura del colon.

L'allergia alimentare può essere causa di dolori che possono simulare le più gravi affezioni addominali.

Così si può avere un dolore localizzato al cieco ed all'appendice con il quadro caratteristico dell'appendicite.

Una tale evenienza è frequente in quanto le sostanze allergiche ristagnano più a lungo nel cieco e nella prima parte del colon ascendente e quindi più facilmente provocano le reazioni da parte della mucosa e della tunica muscolare di quella porzione dell'intestino.

D'altra parte è a tener presente che queste reazioni allergiche inducono una predisposizione all'invasione batterica, specie quando la resistenza è naturalmente bassa o per altre ragioni ridotta.

L'allergia alimentare può dare reazioni nell'angolo destro del colon o nel colon trasverso con un dolore spontaneo o provocato affatto simile a quello delle affezioni della cistifellea.

Ma è probabile anche che la reazione allergica avvenga nel fegato stesso. I sofferenti di allergia alimentare cronica sono spesso leggermente itterici il che può essere in rapporto con un edema o uno spasmo delle vie biliari.

L'allergia alimentare può dare anche dolore

alla regione epigastrica simulante quella dell'ulcera gastrica. Numerose osservazioni provano l'associazione dell'allergia con l'ulcera peptica. Carr nel 1928 notò un'allergia da latte in un paziente di ulcera gastrica, nel quale la dieta lattea provocava cefalea, nausee, sonnolenza, urticaria, dolori articolari, ipertermia. Altri autori hanno fatte osservazioni analoghe.

D'altra parte non è improbabile che l'allergia alimentare come produce le afte boccali possa essere causa diretta dell'ulcera gastrica o duodenale.

L'allergia alimentare può provocare dolori localizzati in altre parti dell'addome in relazione alle parti nelle quali avvengono le reazioni. Il dolore nel basso ventre può essere dovuto ad allergia localizzata nel colon discendente o nel sigma, o anche nel tenue. Si può avere anche spasmo rettale e tenesmo con dolore riferito al dorso.

Si sono registrati anche casi di allergia vescicale ed uterina con dolori nel basso ventre, urinazione dolorosa e rispettivamente disordini della mestruazione.

L'edema angioneurotico può provocare gravi dolori addominali e dare anche la sindrome dell'occlusione intestinale.

Per poter ammettere l'origine allergica dei disordini addominali conviene innanzi tutto praticare un esame completo, inteso ad escludere l'esistenza di vere e proprie lesioni. Tenendo comunque presente che la presenza di lesioni definite non esclude l'allergia in quanto, come si è visto, questa può essa stessa essere causa indiretta di appendicite, di ulcera gastrica o duodenale, di colecistite.

L'allergia alimentare deve essere sospettata:

1) Quando nella famiglia del paziente vi sono soggetti che soffrono o hanno sofferto altri disturbi allergici (asma, febbre da fieno, urticaria, eczema, emicrania, raffreddori ricorrenti).

2) Quando i disturbi compaiono in seguito all'ingestione di determinati alimenti.

Nell'allergia alimentare le reazioni intradermiche non sempre sono positive. Pertanto la negatività di questo reperto non ha valore probativo assoluto.

La diagnosi esatta può essere fatta solo mediante l'eliminazione dalla dieta delle sostanze sospette.

La desensibilizzazione si ottiene con la prolungata eliminazione della sostanza allergica dal regime alimentare. Dr.

L'allergia uterina.

(A. H. Rowe. *Amer. Journ. Obstet. and Gin.*, settembre 1932).

L'abbondanza di fibre muscolari lisce e di membrane mucose nelle trombe, nell'utero e nella vagina fa *a priori* ritenere probabile la evenienza di reazioni allergiche in quelle parti. Gli alimenti allergeni dopo la loro penetrazione in circolo debbono poter produrre edema della mucosa e spasmi muscolari dei genitali femminili, così come provocano l'asma bronchiale e l'emicrania.

Duke per il primo nel 1923 riportò alcuni casi di mestruazione dolorosa e frequente dopo l'ingestione di alimenti allergeni.

Nel 1928 Rowe confermò queste osservazioni ed espresse l'opinione che alcuni disturbi mestruali che si verificano in individui sofferenti di emicrania, orticaria, asma bronchiale, febbre da fieno, allergia gastro-intestinale o vescicale, possono essere dovuti anche essi a sensibilizzazione alimentare. Lo stesso Rowe, Kahn, Robinson, Thommen potettero constatare mediante prove di verifica alcuni casi di leucorrea, di dolori come quelli del travaglio del parto seguiti da mestruazione dovuti a reazione pollinica.

Gli ulteriori studii dell'A. confermarono il fatto che l'allergia alimentare è una delle cause di dismenorrea. Tale allergia si verifica per lo più in pazienti che hanno qualche altro disturbo allergico, come asma, febbre da fieno, emicrania, cefalea, nevralgie, dermatosi o disturbi gastro-intestinali. Molte pazienti avevano una sicura anamnesi familiare allergica.

Mediante la dieta di eliminazione l'A. ha potuto constatare che in un caso l'alimentazione lattea era la causa di un'allergia mestruale con periodi dolorosi, irregolari, eccessivi, o scarsi.

Talvolta l'allergia alimentare può produrre mestruazioni dolorose accompagnate da nausee e vomiti che possono condurre perfino all'acidosi. Una ragazza insieme a questi disturbi aveva stipsi ostinate e dolori addominali e rettali prima e durante i movimenti intestinali, nausee costanti e vomiti ciclici. Tali disturbi scomparvero eliminando dalla dieta il latte e uova.

Un'altra donna mediante l'eliminazione dalla dieta di cioccolato, latte ed uova guarì di un complesso di disturbi allergici: emorragie vaginali, leucorrea, orticaria, emicrania, stipsi, congestioni nasali.

Infine in un caso si ebbe la scomparsa di una leucorrea e di un eczema e di altri disturbi di natura nervosa con la eliminazione dalla dieta di patate, pesce, aranci, melloni, e caffè.

Briggs nel 1908 osservò un caso di un edema angioneurotico delle trombe.

L'A. in una ragazza potette mediante la dieta di eliminazione fare scomparire un'ipersensibilità ricorrente della vulva, che si accompagnava ad altri disturbi allergici.

Per quel che riguarda l'influenza della mestruazione sulle reazioni allergiche è ben noto come l'asma bronchiale, l'emicrania ed altri fatti allergici come l'eczema possono essere determinati o intensificati dal periodo, il chè può essere messo in rapporto all'aumento del metabolismo. Però il fatto che l'eliminazione dell'alimento responsabile previene la ricorren-

za delle reazioni allergiche anche durante il periodo mestruale, dimostra che questo non è la causa della comparsa dei sintomi.

Alcuni disturbi vasomotori associati a varie reazioni allergiche sono spesso attribuiti a disfunzione ovarica. Sta di fatto che tali disturbi spesso scompaiono con la dieta di eliminazione.

Per l'accertamento della diagnosi di allergia genitale occorre innanzi tutto accertare l'inesistenza di vere e proprie lesioni ginecologiche. L'anamnesi familiare ed individuale (esistenza di altri disturbi allergici nello stesso paziente o nei suoi familiari) gioverà per orientamento.

Quindi si procederà alle prove dermiche ed alle prove di eliminazione nella dieta. DR.

Associazione d'asma infettivo e di artrite dal punto di vista dell'allergia batterica.

(J. HARKAVY e S. HEBALD. *Archives of Intern. Medicine*, aprile 1932).

Su 400 adulti malati di asma 47 % furono trovati insensibili alle comuni proteine solubili e c'erano delle ragioni per ritenere che in questi casi si trattasse di allergia che accompagnava infezione focale del tratto respiratorio. In 9 casi all'asma si univa artrite. Questi 9 malati erano di età fra 36 e 59 anni, 6 donne e 3 uomini. L'artrite era migrante, e si presentava con rossore e tumefazione e dolore, e durava qualche volta varie settimane. La febbre non era elevata. L'esame radiologico era negativo ad eccezione di 3 che presentavano lieve modificazione proliferativa di un'articolazione.

In 5 casi l'infezione focale appariva la sola causa dell'asma; negli altri 4 c'erano delle ipersensibilità a piume, peli, alimenti e polvere. Però l'eliminazione di questi atopeni non modificò l'asma nè gli attacchi articolari per cui l'infezione dei seni e dei polmoni si doveva ritenere la causa di queste modificazioni e se ne ebbe una prova in 8 casi (su 9), in cui con lo svuotamento del pus da un antro o la cura con tamponi nasali o con irrigazioni o con argento proteico, si ebbe scomparsa dell'artrite e miglioramento dell'asma.

In tutt'e 9 i casi era trascorso un tempo lungo (di vari anni) fra l'insorgere dell'asma e quello successivo dell'artrite. In 2 casi gli attacchi asmatici si alternavano con quelli artritici.

Nelle persone che hanno reazioni allergiche bisogna distinguere quelle spontaneamente allergiche (che Coca chiama atopiche) da quelle che hanno allergia acquisita.

Pel fatto che una data sostanza produce fenomeni allergici in alcuni individui e non in altri bisogna ammettere l'importanza del fattore costituzionale (quindi fatti umorali, nervosi, cellulari).

Negli asmatici il sistema neurovegetativo è particolarmente vulnerabile e la reazione si produce per determinate sostanze sul polmone. La reazione può aversi oltre che nel polmone anche in altri organi o tessuti (cute, articolazioni).

Per quanto riguarda l'allergia batterica, questa dipende da tutto l'organismo del batterio, o da una sostanza specifica solubile, o da proteine somatiche o da tossine?

Le tossine non dànno reazioni allergiche; secondo Wells le tossine potrebbero diventare allergeniche a contatto colle proteine dell'animale sensibile e si tratterebbe di un fenomeno analogo alle reazioni da sostanze non proteiniche (iodio, salicilati, arsenico, ecc.). Però ricerche di Zinsser e Grumell e Dochez e Stevens sono contrarie a questa funzione di antigene delle tossine e indicano che la sostanza allergenica è un prodotto batterico non neutralizzabile nettamente distinto dalla tossina neutralizzabile.

Dalle ricerche fatte sull'allergia batterica appare evidente che lo stato allergico è una parte del meccanismo immunologico che accompagna l'infezione.

Tornando al problema particolare delle artriti, i fatti che stanno a favore di un'origine allergica di alcune artriti sono: le analogie con i fenomeni di atopia da sostanze proteiche che dànno asma, artrite e urticaria, dalla possibile associazione dell'artrite coll'asma di origine infettiva, dalla scomparsa dell'asma e dell'artrite colla cura del focolaio d'infezione osservata in 8 su 9 casi. Qualche volta l'infezione del tratto respiratorio risveglia l'ipersensibilità atopica latente delle articolazioni.

R. LUSENA.

Allergie professionali.

(E. FRÄNKEL. *Die Medizinische Welt*, 24 dicembre 1932).

Le reazioni allergiche si estrinsecano clinicamente a carico di tre sistemi:

1) Sulla pelle sotto forma di orticaria, eczemi, prurito, edemi di Quinke, ecc.;

2) Sull'apparato respiratorio sotto forma di rinite vasomotoria, bronchite, asma bronchiale;

3) Sull'apparato digerente sotto forma di colite spastica e verisimilmente sotto forma di altri spasmi.

A queste reazioni allergiche meglio note vanno aggiunte l'emicrania e forse anche alcune altre manifestazioni spastiche dei vasi (*angina pectoris* allergica?) ed in genere dei condotti dotati di fibre musculari liscie.

Tutte le influenze ambientali, domestiche, meteoriche, professionali possono provocare reazioni allergiche.

La professione può influire sulle affezioni allergiche in due sensi: mettendo l'individuo

a contatto di determinati agenti fisici e chimici verso i quali si determina la sensibilizzazione, o aumentando la sensibilità dell'individuo verso gli stimoli allergici.

L'allergia professionale si determina essenzialmente con il primo meccanismo ossia in seguito all'azione di determinate sostanze con le quali l'individuo viene a contatto per ragione del suo mestiere. Tali sostanze sono talvolta così attive da provocare immediatamente fenomeni morbosi reattivi e su quasi tutti gli individui sui quali agiscono. Al riguardo sono da ricordare le forme di asma descritte da Ancona in alcune regioni d'Italia. Esse sono determinate dal *Pediculoides ventricosus*, un acaro parassita dei cereali. Ne possono essere colpiti successivamente per il contatto dello stesso cereale e della sua farina, mietitori, mugnai e fornai. Storm van Leeuwen dimostrò che questa forma di asma non è legata alla località, poichè egli la rivide comparire in un mugnaio trasferitosi in Svizzera dall'Olanda, non appena si impolverò di nuovo con la sostanza allergica.

Tuttavia non è da escludere che nell'esplosione della reazione allergica, oltre la sostanza sensibilizzante, abbia una notevole importanza la sensibilità del soggetto.

Pertanto per catalogare una reazione allergica tra le malattie professionali occorre che essa si verifichi in un certo numero di casi indipendentemente da quelle che possono essere manifestazioni legate alla particolare predisposizione di pochi individui.

I mestieri che possono creare la possibilità di malattie allergiche sono molto numerosi.

Alle asme professionali appartiene senza dubbio la ricordata asma da acaro descritta da Ancona.

Nei mugnai e nei fornai l'A. ha più volte constatata un'ipersensibilità verso le polveri di cereali con fenomeni reattivi di orticaria, eczema e asma.

Negli stallieri si è constatata ipersensibilità verso i peli di cavallo, nei conciapelli verso i peli di coniglio, nelle modiste, negli impiegati e operai addetti alle fabbriche di coperte di piume sono stati constatati casi di allergia con asma, riniti vasomotorie, orticaria, eczema.

Per le industrie delle pelli è a ricordare anche l'asma prodotta da una sostanza chimica, l'ursol-p-fenilendiamina.

I lavoratori delle industrie farmaceutiche e gli addetti alle farmacie possono presentare stati allergici (eczemi, asma, riniti) determinate da sostanze bene individuate: benzolo, toluolo, catrame, alcuni olii, nitro ed amidocomposti, paraffina, ipecacuana, podofillina, licopodio, ecc.

Tedeschi ha anche descritto casi di asma da piombo, arsenico e simili.

La diagnosi di queste condizioni si fa in base alla comparsa di uno o più sintomi allergici, all'anamnesi familiare, ambientale e professionale, l'eosinofilia, le reazioni cutanee, le prove dell'esposizione o dell'allontanamento dalle sostanze sospette (eventualmente mediante l'applicazione di maschere adatte).

DR.

VASI SANGUIGNI.

Crisi vasali.

(D. RIESMAN. *American Journal Medical Sciences*, 1933, n. 1).

S'intende per crisi vasale l'improvvisa modificazione del calibro dei vasi sanguigni con i conseguenti sintomi transitori di disfunzione o non funzione delle parti irrorate dai vasi stessi. Tali crisi sono in relazione all'attività delle pareti vasali controllate da un meccanismo nervoso che può essere eccitato direttamente o per via riflessa attraverso un centro situato nel midollo allungato.

Le arterie sono normalmente in uno stato di tono le cui modificazioni tendono all'adattamento dell'organismo all'ambiente: il calore produce dilatazione, il freddo contrazione; durante il lavoro i muscoli diventano iperemici; durante la digestione il sangue si concentra nel tratto gastro-enterico. Le influenze psichiche hanno anch'esse una parte importante nella distribuzione del sangue: alcune emozioni provocano rossore, altre pallore. Nelle malattie avvengono fatti analoghi: durante il brivido i vasi superficiali sono contratti ed il sangue è respinto nelle parti interne del corpo.

La contrazione delle fibre cellule muscolari dei vasi avviene generalmente attraverso le fibre nervose simpatiche, di cui esisterebbero varietà vasocostrittrici e vasodilatatrici. Ma molti autori ammettono l'esistenza solo delle prime, attribuendo la vasodilatazione ad una paralisi dei vasocostrittori.

Le crisi vasali possono essere generali e locali.

Le crisi generali si estrinsecano ad un improvviso aumento della pressione sanguigna in individui che sono ipertesi. Possono essere di origine tossica o psichica; possono passare senza alcuna manifestazione sintomatologica, ma il più delle volte provocano cefalee, vertigini, afasia, monoplegia, emianopsia ed anche convulsioni.

Le crisi di dilatazione provocano un improvviso abbassamento della pressione sanguigna con pallore, sudori, respirazione superficiale, vertigini, indebolimento del polso e talvolta perdita dei sensi. La condizione è analoga a quella che si presenta nello shock chirurgico.

Le crisi vasali locali sono generalmente di natura spastica. Esse sono determinate dall'eccitazione delle fibre simpatiche vaso-costrittrici, ma non è escluso che possono aversi

anche per un'eccitazione diretta sulle fibre cellule muscolari, essere cioè di natura esclusivamente miogena. Si ha tendenza ad ammettere quest'ultimo meccanismo sopra tutto per i vasi cerebrali, per i quali è ancora discussa l'esistenza di fibre nervose vasomotorie.

Le conseguenze della contrazione spastica dei vasi sono in relazione all'importanza del vaso occluso, alla durata dello spasmo, allo stato precedente di nutrizione della parte, alla possibilità di una pronta circolazione collaterale. Talvolta il difetto di afflusso di sangue può provocare gravi danni dei tessuti per mancanza di apporti di materiali nutritivi e di ossigeno (istanoxia).

Le crisi vasali possono verificarsi in un organo o parte del corpo. I vasi affetti possono essere normali almeno in apparenza, ma spesso sono arteriosclerotici. Quando non sono troppo rigide le arterie malate sono più sensibili alle influenze vasomotorie e più lentamente ritornano al loro stato primitivo. Le arterie sotto l'azione di una pressione sanguigna abnormemente alta sembrano più sensibili alle influenze spastiche.

In rapporto alla molteplicità ed importanza delle funzioni del cervello, le crisi vascolari di questo organo danno una sintomatologia impressionante: monoplegie, emiplegie, afasie, convulsioni, vertigini, ronzio, emianopsia, anopsia a quadranti, amaurosi, cefalea o la vera emicrania angiospastica, nonchè brevi disturbi psicotici.

Lo spasmo dei vasi retinici può provocare amaurosi transitoria.

Le crisi vasocostrittrici dei pulmoni non sono clinicamente accertate. Nei processi infiammatori si ha vasodilatazione. L'edema pulmonare acuto, che si ha negli stati ipertensivi, nella debolezza del miocardio, nella stenosi della mitrale ed immediatamente dopo la toracentesi è verisimilmente dovuto ad una vasodilatazione acuta.

La teoria angiospastica dell'angina pectoris è la più accreditata. Essa spiega meglio il quadro clinico ed a sua volta è suffragata dal fatto che la crisi cede ai vasodilatatori. Le leggere alterazioni sclerotiche delle coronarie e del seno aortico rendono più irritabili i vasi cardiaci.

Spasmi vasali analoghi a quelli che determinano l'angina pectoris possono verificarsi nell'addome. Alcune forme di dolori colici addominali non accompagnate da segni generali e locali di processi infiammatorii, nè attribuibili a coliche degli organi interni, sono certamente dovute a spasmi vasali, tanto più che esse si accompagnano spesso a crisi vasali in altri territorii. Alcuni autori attribuiscono ad angiospasmo anche le crisi gastriche tabetiche e saturnine.

La sintomatologia della claudicazione intermittente, del morbo di Raynaud, della sclerodermia è dovuta a crisi o a stati più o meno persistenti di angiospasmo.

Invece l'acrocianosi e eritromelalgia sono in rapporto a vasodilatazione.

I varii studii intrapresi per accertare la causa del dolore negli angiospasmi farebbero concludere che esso è dovuto:

1) all'aumento di sostanze tossiche (metaboliti) nei tessuti attivi, specialmente nei muscoli;

2) all'istanoxia, all'ischemia o all'anoxemia locale;

3) alla pressione sulle terminazioni nervose sensitive esercitata dallo spasmo.

Le crisi spastiche generali con ipertensione vanno curate con i vasodilatatori, con il riposo fisico e mentale, con la regolarizzazione dell'intestino, eventualmente con il salasso.

Gli spasmi locali si combattono con le applicazioni calde, con la diatermia, i calmanti (cloralio, luminal, ecc.), la belladonna e gli oppiacei. Nei casi gravi di angiospasmi delle estremità si può ricorrere alle iniezioni di proteine o alla simpatico- o ganglionectomia.

Le crisi vasodilatatrici vanno trattate con il riposo, la posizione orizzontale, gli stimolanti vasomotorii (adrenalina, caffeina, stricnina, ecc.), eventuamente con la trasfusione di sangue o iniezioni endovenose di notevoli quantità di soluzione fisiologica.

La trombosi e l'embolia danno generalmente una sintomatologia clinica simile a quella degli spasmi vasali, con la differenza che i fatti patologici rimangono persistenti a meno che non si tratti di parti nelle quali è possibile il ristabilimento della circolazione per vie collaterali.

Clinicamente sono più note le trombosi e le embolie del cervello e del cuore. Ma con il perfezionamento diagnostico si vanno riconoscendo meglio le sindromi determinate da questi processi patologici in altri organi.

Essi si verificano molto comunemente nei polmoni specie dopo gli interventi chirurgici e nelle affezioni valvolari e musculari del cuore.

Le crisi vasali da trombosi mesenterica non sono comuni, ma danno una fenomenologia imponente. Cedono solo all'intervento chirurgico.

La trombosi e l'embolia delle estremità possono verificarsi in soggetti arteriosclerotici, dopo le operazioni chirurgiche, nel corso di infezioni e nelle cardiopatie. DR.

Il morbo di Raynaud.

(E. V. ALLEN e G. E. BROWN, *Journal Amer. Med. Assoc.*, 29 ottobre 1932).

Per evitare confusioni con altre sindromi la diagnosi di morbo di Raynaud deve essere posta solo in base ai seguenti criteri: 1) accessi intermittenti di alterazioni di colore delle parti acrali; 2) processo simmetrico o bilaterale;

3) assenza di segni clinici di lesioni delle arterie periferiche; 4) gangrena o alterazioni trofiche, quando sono presenti, limitate alla pelle. A questi criterii suggeriti da Raynaud bisognerà aggiungere; 5) la malattia deve essere presente da almeno due anni; 6) devono mancare fatti morbosi dipendenti dal freddo. Questi criteri aggiuntivi sono necessari per eliminare i disturbi vasomotorii transitorii.

Il dolore non è un disturbo essenziale e costante. Il dolore spontaneo si ha solo durante le crisi di scoloramento, ed è continuo solo quando esistano complicazioni (scleroderma, ulceri, artriti). Il disturbo sensitivo proprio della malattia di Raynaud è l'ipersensibilità agli stimoli dolorosi.

L'affezione è dipendente da un'esagerazione dell'energia eccitomotoria dell'innervazione vasale, che Raynaud localizzava nei centri spinali, ma che ulteriori studii hanno messo in rapporto con un abnorme impulso vasomotorio proveniente dal meccanismo nervoso locale dei vasi stessi.

I varii colori che assume la pelle delle parti acrali sono spiegate dalle modificazioni della circolazione, così come sono state osservate nelle pieghe ungueali. Durante la fase di pallore i capillari sono ristretti ed incompletamente ripieni di sangue, e molti sono invisibili; il sangue non scorre. Durante la fase di cianosi si ha una graduale dilatazione dei capillari, che risultano visibili in maggior numero: il sangue in essi contenuto è bluastro e la circolazione è intermittente. La temperatura nell'un caso e nell'altro è bassa. Ma se la dilatazione è molto accentuata si ha arrossamento. Il sangue è rosso e scorre rapidamente, e la temperatura s'innalza. La pressione capillare cade al di sotto del normale nella fase di pallore, e aumenta nella fase reattiva.

Nel periodo 1920-1931 gli autori hanno esaminato 265 casi con diagnosi di morbo di Raynaud. Per 61 questa diagnosi era errata o incerta in quanto la sintomatologia non era netta ed esistevano fatti dipendenti da occlusioni arteriose o da altre malattie organiche dei vari sistemi con disturbi vasomotori secondarii. Nei rimanenti 204 i casi puri non complicati erano 147, con scleroderma e artrite 51, con alterazioni trofiche e infezioni ricorrenti 6.

Prendendo in esame solo i 147 casi non complicati gli autori riscontrarono: 1) che la malattia colpisce prevalentemente le donne (89 per cento);

2) sono colpiti prevalentemente individui che si trovano nella seconda terza e quarta decade dell'età della vita, con maggiore percentuale nella terza;

3) sono colpiti con maggiore probabilità individui a tipo longilineo ed astenico;

4) si verifica indifferentemente in individui di ogni nazionalità;

5) lo stato coniugale non ha alcuna influenza sulla frequenza della malattia;

6) la pressione vasale non ha alcun significato patogenetico;

7) la malattia si verifica per lo più in soggetti anemici e denutriti;

8) la professione non ha alcuna influenza determinante,

9) la malattia si associa molto spesso a disturbi mestruali.

Tutti i casi di morbo di Raynaud si iniziano in modo uniforme, cioè con episodii ricorrenti di impallidimento delle dita separati da periodi completamente normali. Nella maggioranza dei casi le cose seguono nello stesso modo, ma nelle forme a decorso rapido gli accessi si ripetono a distanza di tempo sempre minori ed in ciascuno di essi il pallore è sempre più intenso, scompare meno incompletamente, fino a che si ha una fase di cianosi quasi costante. In questi casi sogliono verificarsi le complicazioni (sclerodermia, artrite, ulceri, gangrena).

In ogni caso la progressione non è rapida tanto che la maggioranza dei pazienti consulta il medico sempre dopo qualche anno dall'inizio dei disturbi.

L'affezione colpisce piedi e mani, ma prevalentemente queste ultime forse in ragione della loro posizione esposta. Tal volta la malattia s'inizia con disturbi vasomotorii a carico di una o due dita di un lato, ma spesso sono simultaneamente prese tutte le dita eccetto il pollice. Il disturbo è più frequente e più intenso alle parti distali.

Il pallore è il fatto più comune ed in effetti rappresenta la fase più semplice. Di solito segue la cianosi e quindi l'arrossamento. Queste tre fasi non si verificano e si susseguono contemporaneamente sulla superficie colpita, per modo che questa assume un aspetto marmorizzato.

Tra le altre parti che possono essere colpite vanno notati il naso, i pomelli, le orecchie, il mento.

Tra i fattori che precipitano gli accessi sono più importanti il raffreddamento (più quello del corpo che delle parti lese) e le emozioni.

Su 107 casi esaminati in 36 si constatavano sintomi netti di esaurimento cronico, nervosismo, neurastenia ed isteria o d'inferiorità biologica costituzionale. Per altro tale percentuale aumenterebbe se si tenesse conto che moltissimi pazienti lamentano disturbi del sonno, dolori vaghi, cefalee e simili.

Le cure finora consigliate (opoterapia, radioterapia, residenza in climi caldi, elettroterapia e simili) procurano solo miglioramenti se non lasciano il tempo che trovano.

Il miglior metodo di cura è quello chirurgico (ganglionectomia simpatica).

Dr.

DIVAGAZIONI.

La malattia di Chopin.

La personalità di Chopin è stata molto studiata dal punto di vista biologico e psicologico. Egli appartiene a quella categoria di grandi musicisti che hanno trasfusa la loro infelicità nella tristezza delle loro composizioni. Si è cercato di mettere una relazione tra le manifestazioni del suo genio e le sue condizioni psico-fisiche.

Come Beethowen, che moriva quando egli aveva diciassette anni, Chopin fu un grande infelice: il primo tormentato dalla più grande sventura che possa colpire un musicista, la sordità, il secondo dalla malattia che tarpa tutte le audacie se non i sogni, la tubercolosi.

Si è preteso che la musica di Chopin avesse un'impronta francese, ed i polacchi invece ne hanno fatta una specie di rivendicazione per affermare il proprio sentimento nazionale, sostenendo che le melodie del loro concittadino fossero ispirate tutte dall'amor di patria, traducessero tutte il dolore della terra natia smembrata, oppressa, martirizzata. Tutto ciò, forse, è puro parto di fantasia.

La musica del grande polacco è semplicemente umana, e se mai risente del sentimento romantico che pervadeva la vita del tempo.

La musica sostanzialmente non ha nazionalità. È una forma di espressione che traduce e commuove tutto ciò che di più intimo e di più insondabile ha il nostro spirito.

Beethoven, di origine fiamminga, nato sulla riva sinistra del Reno, vissuto sempre a Vienna, non ha espresso questa o quella tristezza, questa o quella gioia, ma l'immenso dolore umano, l'inappagabile aspirazione alla felicità.

I melodrammi di Verdi si riferiscono ad argomenti tratti dalla letteratura di tutte le nazionalità e commuovono egualmente tutti i popoli.

Le piccole fragili donne pucciniane sono quasi tutte esotiche, e la musica ha loro dato un accento universale di dolore.

Chopin è uno slavo, eppure la sua musica tenera e passionale, delicata e vigorosa, non ha mai la solennità tragica, disperata e tetra, che caratterizza la musica della sua razza.

Le sue sonate hanno una cadenza che fanno pensare al giovine Werter e ad Jacopo Ortis, hanno un'impronta romantica analoga a quella che pervade la maggior parte delle composizioni di Mendelsohn di cui egli fu per un certo tempo intimo amico.

Chopin morì di tubercolosi pulmonare e laringea.

Che avesse una costituzione favorevole a questa malattia non è dubbio, come non è dubbio che il genere di vita che egli sempre condusse ne favorì lo sviluppo.

Egli lavorava giorno e notte: per dare lezioni, per mantenersi in esercizio al piano, per comporre.

È una leggenda che le sue condizioni di salute furono rovinate dagli stravizi e dai capricci di George Sand. Questa ha lasciato scritto: « Ho vissuto con lui sette anni come una vergine ». E le si può far credito se si tien conto della bizzarra eccentricità di questa donna, e della sua sincerità che talvolta ràggiunge la sfrontatezza.

Chopin conservò sempre la figura di un adolescente, di un giovanetto: sottile, pallido, biondo con una spiccata tendenza ai facili arrossamenti.

Quando aveva 20 anni circa il dottor Malfatti, che fu anche medico di Beethoven, notò che la sua voce era un po' debole, rauca ed indistinta, un sintoma che faceva pensare alla tubercolosi.

Nel 1836 andò a monte un progetto di matrimonio, perchè la famiglia della fidanzata, Maria Wodzinski, ebbe il sospetto che Chopin fosse tisico.

Sta di fatto che la diagnosi di tubercolosi pulmonare fu formulata senz'altro nel 1837 dal dottor Gaubert di Parigi, che visitò il pianista a seguito delle sollecitazioni della Sand.

All'infermo fu consigliato il soggiorno nelle Baleari. Qui la vita non fu comoda, nè tranquilla. Dimorava in una cella di un convento rovinato, fuggito dagli isolani che temevano il contagio.

Passava le notti insonni, talvolta tormentato da allucinazione.

Una notte la Sand lo trovò seduto al piano, con lo sguardo smarrito, come in estasi.

Fu in questo periodo, e durante le notti insonni che compose i suoi migliori preludî.

Intanto le sue condizioni si aggravarono. Pensò di ritornare a Parigi. Gli isolani si rifiutarono di trasportarlo. Dovette fare tre leghe in carriola. A Polmas ebbe la prima emottisi, che si ripetette abbondantissima durante il viaggio a Barcellona.

Si fermò a Marsiglia ed a Genova.

Il clima della riviera ed il riposo fecero migliorare le sue condizioni.

Ma spinto dal bisogno ritornò a Parigi, per abbandonarsi di nuovo all'orgia del lavoro. Passò quindi in Inghilterra dove le sue condizioni peggiorarono.

Oramai dopo tante cure fatte senza risultato perdette la speranza di guarire e si abbandonò al suo destino.

Egli non fu mai felice, e si sottraeva alla realtà dolorosa con il lavoro. Lavorò con una forza e con una costanza che avrebbe esauriti organismi molto più robusti, con un'energia contrastante con il suo aspetto debole e sofferente. Era la tossina tubercolare che lo eccitava fino all'ebbrezza? Può darsi.

La sua musica divina nella quale la calma si alterna con l'agitato, il tenero con il vigoroso è l'espressione di questo stato di debolezza eccitabile.

La cadenza passionale modula con la tristezza dell'artista, tutto il dolore dell'umanità. *argo.*

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

A. ROMAGNA MANOIA. *I fanciulli epilettici.* In-8°, di pagg. VIII-188, con 47 figure. Roma, Luigi Pozzi, editore, 1932-X. Prezzo L. 22.

L'A. con preclara modestia dichiara nella prefazione essere questo libro destinato essenzialmente a quelli che, non disponendo di biblioteche o di molti giornali italiani ed esteri, vogliono aggiornare le loro conoscenze sulla epilessia.

Però ritengo che, non solo i loici, ma anche coloro già noti nella repubblica dei Neuropatologi debbono ritrarre giovamento dalla lettura e meditazione di questo lavoro piccolo di mole, ma denso di materia e di insegnamento. Difatti l'epilessia, per quanto malattia conosciuta *ab antiquo*, offre sempre materia ampia di studio: la sua etiologia, la patogenesi e la terapia sono purtroppo ancora quistioni di attualità ed in grande parte insolute. Inoltre vi è nell'argomento un lato, che oggi più che mai attira l'attenzione degli studiosi, ed è quello dell'assistenza integrale degli epilettici, sopratutto fanciulli. Nel momento attuale, in cui la Medicina non è solo studio e cura di morbi, ma eziandio opera di prevenzione e di assistenza sociale, dobbiamo vivamente desiderare coll'Autore che fra le opere assistenziali, di cui in Italia si scorge un così ampio progresso, debba essere inclusa anche quella degli epilettici, la quale mentre costituisce un vanto per quelle Nazioni, che l'hanno già attuata, rimane uno dei voti più ardenti per quei Neurologi ed Alienisti, che attendono che l'auspicio dei grandi Maestri scomparsi sia finalmente realizzato. L'A. formula nelle seguenti proposizioni i punti principali, su cui dovrebbe basarsi l'assistenza integrale ai fanciulli epilettici:

1°) Più presto si inizia un trattamento medico-pedagogico, maggiori sono le probabilità del successo: per successo bisogna intendere la migliore utilizzazione del futuro adulto, che potrà così non essere un totale carico sociale, ma provvedere a sè stesso con un rendimento più o meno grande.

2°) Il trattamento iniziato nei primi anni di vita può rendere meno gravi le anomalie del carattere; per ciò minori diventano le difficoltà di adattamento ad una vita collettiva, in colonia od in istituto, e dell'assistenza.

3°) Solo una minoranza dopo un prolungato trattamento, potrà considerarsi adatta al ritorno alla vita libera; la maggioranza dovrà sempre vivere in colonie, in villaggi e centri di occupazione e con un'adeguata sorveglianza.

4°) Si eliminano intanto dal comune ambiente sociale molte cause di danni alle persone ed alle cose e di reati; si evita la decadenza intellettuale e la degradazione morale dei fanciulli, che sono poco sorvegliati e che sono costretti ad una vita di vagabondaggio e di miseria; si valorizzano, nei limiti del possibile, forze ed energie, che solo così possono essere utilizzate.

Ognuno ben vede che il libro del Romagna Manoia, oltre ad essere un pregevole riassunto materiato da una ricca esperienza personale di tutto ciò che si conosce sull'epilessia infantile, è altresì una nobile battaglia per una nobilissima causa. Pertanto va tributata all'A. la più ampia lode.

Come il miglior plauso deve essere rivolto al già benemerito editore Pozzi, che ha arricchito la Collana dei Manuali del « Policlinico » di così pregevole pubblicazione.

Prof. ERNESTO TRAMONTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

Thérapeutique médicale. Vol. V. *Peau, syphilis et cancer.* In-8°, di 408 pag. con fig. Masson et C.ie, Paris, 1932. Prezzo 50 fr.

Questo quinto volume della « Terapia medica » diretta da M. Loeper è dovuto alla collaborazione di diversi autori, che tendono però tutti allo stesso scopo di fornire al medico gli elementi di una terapia semplice ma razionale, in cui si associano la clinica, la fisiologia e la farmacodinamia.

Interessante è la parte delle *malattie della pelle*, che sono oggi uscite dallo stretto dominio della specialità, per entrare in quello più vasto della medicina generale. Vi troviamo: La infezione cutanea (G. Milian). I medicamenti fondamentali della terapia esterna delle dermatosi (L. Bory). Le medicazioni generali in dermatologia (Cl. Simon).

Largamente trattata è la *sifilide* che, con le sue molteplici e proteiformi conseguenze invade tutti i campi della medicina. La terapia generale è svolta da A. Sézary; gli accidenti dell'arsenoterapia da Ch. Flandin; i trattamenti profilattici da H. Gougerot; la creno-climatoterapia in dermatologia e sifiligrafia da M. Villaret.

Sull'assillante ed ancora oscuro problema del *cancro*, in cui però lentamente ma sicuramente la terapia viene dimostrando i suoi effetti troviamo: Considerazioni sui trattamenti attuali del cancro (G. Roussy). Il trattamento dei cancri cutanei (E. Schulmann). Indicazioni della curie- e della röntgen-terapia nei cancri interni (R. Proust). Tentativi di terapia chimica del

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

cancri (E. Peyre). Tentativi biologici di trattamento del cancro (H. Rubens-Duval). Le algie dei cancerosi ed il loro trattamento (Th. Alajouanine). *fil.*

L. ROEMHELD. *Praktische Diätetik.* Un vol. in-16° di 216 pag., rilegato. Ed. Fischers, Leipzig, 1933.

È questa la terza edizione ampliata e rimaneggiata della culinaria pratica di C. Pariser. Un buon libro di dietetica, particolarmente adatto per chi dirige case di salute od ospedali, ma utile anche per il medico pratico e per lo stesso paziente.

Sono esposti anzitutto i principii generali che debbono governare la dietetica nelle singole malattie (stomaco, intestino, diabete, costipazione, cure di digiuno, ecc.), fornendo appositi schemi sui cibi permessi o proibiti e sul modo di preparazione.

A questa parte essenzialmente medica, segue quella prettamente culinaria per sani e per malati, con indicazioni molto pratiche sulla preparazione dei cibi (oltre 500 ricette). I numerosi riferimenti fra le due parti facilitano la consultazione del libro e l'allestimento della dieta nei singoli casi. *fil.*

A. LUBLIN e R. KRONER. *Produktive Diabetiker fürsorge.* Un vol. in-8° di 92 pag. G. Thieme, Leipzig, 1932. Prezzo RM. 6.

Osservano giustamente gli AA. che il diabete è diventata una vera malattia sociale, per il notevole aumento di frequenza dovuto anche al fatto che, con la cura insulinica, molti dei diabetici in cui la malattia si manifestava in età giovanile sono mantenuti in vita.

Si impongono quindi delle misure sociali per combatterlo e specialmente adatte case di cura in cui il diabetico possa addestrarsi al governo di sè stesso, elevando fino al massimo la tolleranza per i carboidrati ed allenandosi al lavoro.

Gli AA. riferiscono la loro esperienza fatta alla casa di cura fondata in Garz auf Rügen, dove sono ricoverati in forte percentuale gli assicurati alla Casse-malattie e dove la durata media del trattamento è stata di 32 giorni per l'84°, e si è prolungata fino a 192 per il resto. Come risultati, si ebbero miglioramenti nel 90 %; di questi il 75 % con capacità lavorativa.

Gli AA. riportano succintamente le storie di circa 200 malati e dànno i risultati che possono dedursi dalla loro esperienza per il trattamento e le speciali questioni riguardanti i diabetici (glicemia e pressione, interventi chirurgici, diabete insulino-resistente, diabete traumatico, ecc.).

fil.

M. T. SCHNIRER. *Medizinal Index und therapeutisches Vademecum.* 1933. 35ª ed. Due vol. in 24°, (uno rilegato) di pag. 425 e 240, F. Deutike, Leipzig e Wien, 1933. Prezzo RM. 4,60.

Questo Annuario medico che si pubblica da 35 anni risponde a finalità pratiche. Nel primo volume, oltre alla parte del calendario comoda per annotazioni, troviamo un indice diagnostico-terapeutico delle singole malattie disposte per ordine alfabetico, con le linee principali che possono guidare alla diagnosi e gli interventi terapeutici adatti. Seguono cenni di cosmetica, di diagnosi e terapia degli avvelenamenti, il pronto soccorso, l'elenco dei medicamenti con la composizione e la posologia, le incompatibilità medicamentose, elenchi di luoghi di cura e molte tabelle di utile consultazione.

Nella seconda parte, troviamo le principali acquisizioni terapeutiche dell'anno, cenni di ostetricia pratica, di tecnica medica, di chimica e microscopia clinica, indicazioni sulle vaccinazioni e sull'uso delle tubercoline, tabelle del valore nutritivo degli alimenti, norme dietetiche ed un elenco della più recente terminologia medica.

In piccolo volume, dal formato comodamente tascabile, sono così riuniti i dati più utili per la pratica corrente del medico che dalla consultazione di questi volumetti troverà sempre giovamento. *fil.*

O. PACE. *Omeopatia.* Le malattie guarite col metodo dei simili. Un vol. in-16°, 240 pag. U. Hoepli, Milano 1933. Prezzo L. 10.

« Suona la mezzanotte; il medico viene chiamato in tutta fretta da persona che mostra la massima costernazione. Il malato è un fanciullo... ». È il principio di un romanzo, di una novella sensazionale? No, semplicemente la descrizione dei sintomi che caratterizzano l'aconito; viene dipinta l'ansietà dei familiari, si parla del reperto del medico, il quale non si preoccupa di dare un nome alla malattia, ma in base ai sintomi di « Aconito », somministra pochi granuli di una 30ª decimale sulla lingua. Così curata, la malattia farà il suo decorso, potrà forse anche abortire, ma non presenterà gravità rilevante.

Analoga trattazione è fatta per i principali rimedii omeopatici, che l'A. elenca in questo suo lavoro, dopo avere esposto i principi e la storia dell'omeopatia, specialmente di Hahnemann « Il sole di Meissen ». Troviamo poi il repertorio omeopatico, cioè l'elenco delle singole malattie o di sintomi, con l'indicazione dei rimedii. Un esempio della notevole azione di questi ci è dato dal fatto che i tumori ulcerati della mammella, con nodi multipli e senza speranza di miglioramento sono guariti con *Merc.*

protoj. alla 100.ma diluizione (che significa un grammo diluito in una quantità di eccipiente, espressa in grammi, corrispondente ad una cifra in cui l'unità è seguita da 100 zeri).

Segue un elenco di « raffronti circa condizioni e sintomi peculiari »; ne citiamo qualcuno: paura del temporale, sensazione di capello sulla lingua, pallore del viso, ecc.

Credo che questo sia l'unico manuale recente italiano di omeopatia e chi desidera conoscere questo indirizzo del pensiero medico diverso dal consueto potrà utilmente consultarlo.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 28 gennaio 1933.

Presiede il prof. S. Baglioni, presidente.

Tracoma.

Prof. O. Parisotti. — La comunicazione prende il punto di partenza da un'osservazione personale. Tra il 1890-95 l'O. si trovò spettatore e curante di un'epidemia di congiuntiviti acute in un ricovero di bambini. Pensò egli che l'infezione, colpito il primo p., da questo fosse propagata ad altri molti per opera di mosche. (Si era in piena estate ed i bambini in età da non esser capaci di difendersi). Alla cessazione del periodo acuto, in sette dei colpiti si manifestò evidentissimo sviluppo di tracoma. Certissimamente il tracoma non esisteva nella comunità prima dell'invasione della congiuntivite; giacchè tutti i bambini prima di essere ammessi erano stati esaminati, pure per il sacco congiuntivale, dal medico, che era allora il prof. Giuseppe Panegrossi.

Della competenza di lui nessun dubbio, anche perchè la manifestazione del tracoma fu dal medesimo denunciata all'O. che non potè che confermare la diagnosi.

Già il pensiero dell'O. era lontano dalla specificità infettiva del tracoma per l'osservazione di tracoma scoperto in individui che chiedevano cura *per non più che prurito* o leggera lagrimazione che li infastidiva da molti giorni.

Divenne allora nell'O. più che mai saldo il concetto che il tracomatoso non trasmette tracoma, bensì la congiuntivite che al tracoma si è sovrapposta ed è conseguenza della congiuntivite per costituzione di individuo o di tessuto in lui. A convalidare il concetto concorre l'osservazione, che può dirsi costante, di constatazione di tracoma in individui a debole costituzione organica, nei quali si hanno pure, e si ebbero, manifestazioni di adenoidismo. Tale constatazione fu pure confermata dall'Angelucci nei suoi studi sulla manifestazione di adenoidi nell'ambito oculare.

Concorre a giustificare il concetto l'istopatologia del tracoma la quale, per dichiarazione pure degli autori del più recente trattato sul tracoma, riconoscono che l'esame istologico per attento che si faccia, del follicolo granuleo, non basta da solo quale argomento a prova della specificità del tracoma. Tale dichiarazione viene dopo 30 anni da quando il Villard aveva pronunciato che nel derma congiuntivale è la matrice del granulo tracomatoso.

Le ricerche batteriche cominciate seriamente nel 1880, sono a tal punto che il competentissimo Nicolle ha dovuto scrivere, nel 1930, che il tracoma è malattia il cui studio scientifico è appena abbozzato.

Fino a nuove scoperte il valore rimane pertanto alla clinica con vantaggio per la terapia e per la profilassi.

Rilievi sulla splenomegalia malarica in stagione interepidemica e preepidemica.

Prof. R. Gosio. — Studiando in particolari condizioni gruppi di malarici in periodo interepidemico, l'O. ha potuto ricostruire il decorso annuale della splenomegalia in relazione a fenomeni acuti, subacuti e cronici, e sorvegliare la latenza interepidemica dell'infezione. In alcuni soggetti, durante questo decorso, ha potuto inserire nella splenomegalia annuale esempi di turgore splenico prerecidivale cospicuo e durevole in stagione preepidemica, che probabilmente corrispondono alla incubazione della recidiva a lunga scadenza a datare dal risveglio stagionale parassitario (incubazione delle febbri preepidemiche). La possibilità di un impulso splenico a freddo di altra sintomatologia in tale periodo, interessa da vicino il problema delle recidive a lunga scadenza e sfiora probabilmente quello dei fattori immunitari della malaria.

Sui flemmoni gangrenosi da adrenalina.

Dott. R. Grasso. — L'O. riferisce tre casi di flemmoni gangrenosi da adrenalina osservati in breve tempo, a decorso grave (2 casi) e prolungato (3 mesi circa), ma ad esito favorevole.

Ricorda gli altri casi riportati nella letteratura, ne fa constatare che molti di più sono i casi osservati.

Discute il meccanimo patogenetico, e fa risaltare la grande importanza dell'adrenalina come causa predisponente locale, avvalorando ciò con numerose esperienze.

Con queste l'O., ha ottenuto tipiche lesioni flemmonose iniettando adrenalina più germi, mentre furono sempre negativi i controlli con soluzione fisiologica e germi. Vede nella potente azione vasocostrittiva locale dell'adrenalina la spiegazione di questo suo favorevole comportamento verso l'attecchimento dei germi, che può culminare nelle necrosi asettiche d'adrenalina.

Discussione: Proff. Pontano e Puntoni.

Il Segretario.

Società Piemontese di Chirurgia.

Seduta del 14 gennaio 1933.

Presidente: prof. Uffreduzzi.

Plastiche dello stomaco, tecnica operativa. Risultati clinici.

Prof. G. Pascale. — L'O., dopo aver ricordati gli inconvenienti che si possono avere dopo la gastroentero-anastomosi per ulcera gastrica propriamente detta, ritiene sia da preferire sempre il processo operativo che asporta il tessuto malato « a cielo aperto » e cerca di riparare la per-

dita di sostanza col tessuto sano dell'organo stesso.

Per avere un buon risultato funzionale dell'organo dal punto di vista anatomo-fisiologico, interessa che siano bene a posto i due punti fissi: cardia e piloro; anche la mucosa deve essere integra.

L'O. riferisce su tre casi in cui ha potuto seguire questi concetti e presenta radiografie eseguite prima e dopo l'intervento e a distanza di tempo da questo.

Discussione: DONATI, DEBERNARDI, UFFREDUZZI, FASANO, SERAFINI, COLONNA, BOBBIO.

Infiltrazioni anestetiche periarticolari di novocaina nella cura delle artriti traumatiche.

Dott. GALANSINO. — In due p. di cui uno aveva riportato la frattura dell'estremità distale del radio di d., l'altro la frattura dello scafoide, ha iniettato nei tessuti periarticolari circa 15 cmc. di sol. di novocaina all'1 %. L'O. ha ottenuto risultati soddisfacenti; ritiene che queste iniezioni non solo agiscano sul fattore dolore, ma che modifichino anche le condizioni circolatorie locali, e di conseguenza agiscano anche sugli elementi nervosi in modo da far cessare a poco a poco le alterazioni patologiche della sensibilità periarticolare.

Discussione: COLONNA, DOGLIOTTI, DEBERNARDI, SEGRE.

Aspetti radiologici e reperti chirurgici nell'ulcera duodenale.

Dott. BUISSON. — In una rapida rassegna l'O. dimostra che quando la diagnosi radiologica di ulcera duodenale è posta in base ai segni diretti, non esiste mai contrasto con il reperto chirurgico circa l'esistenza dell'ulcera stessa.

Circa le divergenze di localizzazione e di forma esse sono più apparenti che reali e diverranno sempre meno frequenti man mano che diverrà più intensa la collaborazione fra medico, radiologo e chirurgo grazie alla quale soltanto è possibile risolvere tanti difficili problemi della diagnostica addominale.

Discussione: DONATI, DEBERNARDI, UFFREDUZZI.

Seduta del 28 gennaio 1933.

Ventricolografia cerebrale diretta per via trans-orbitale.

Prof. DOGLIOTTI R. M. — Allo scopo di raggiungere il ventricolo laterale con una puntura che non necessiti una vera e propria trapanazione dell'osso, l'O. ha pensato di passare attraverso la volta dell'orbita con un ago robusto. Per questa via si arriva nella parte più anteriore del corno frontale del ventricolo che è anche la parte che più prontamente si dilata in caso di idrocefalo interno e che assai difficilmente è occupata da tumori. La distanza tra superficie corticale e corno anteriore del ventricolo laterale è di 2-3 cm.; larghezza massima del corno 10-12 mm.; la distanza del corno dalla linea mediana è di 2 cm. e mezzo. La distanza del corno dalla superficie corticale frontale calcolata su di una linea sagittale è 3 cm.

Per superare facilmente la resistenza della volta orbitale senza guastare il piccolo ago, ha fatto costruire un robusto ago metallico di calibro tale da permettere il passaggio di un lungo e fine ago di non più di un mm. di diametro. Il primo ago guida viene introdotto in anestesia locale subito sotto l'arco orbitale di 3 cm. circa dalla linea mediana, si arriva ad un cm. e mezzo circa dietro il margine sopra cigliare, scivola tra l'arco sopraorbitale ed il bulbo oculare con una obliquità di 45° verso l'alto e l'indietro, si spinge con una certa forza trattenuta l'ago così da perforare la sottile lamina ossea; se questa oppone una forte resistenza si ricorre ad un leggero colpo di martelletto. Superata con l'ago guida la resistenza dell'osso si toglie il mandrino, si introduce l'ago lungo e sottile da puntura cerebrale a punta smussa e lo si spinge fino al ventricolo secondo la direzione anatomica del corno anteriore; giunto a questo si toglierà il mandrino dell'ago e ne uscirà del liquor e si metterà con dolcezza una quantità di aria filtrata eguale ai due terzi del liquor assorbito. L'O. presenta diverse radiografie molto dimostrative eseguite sul cadavere (iniettando in questo caso dell'abrodil) e nel vivo.

Dott. PLACEO e STOPPANI. — *Contributo allo studio dell'arteriografia cerebrale.*

Prof. TURCO. — *Ernia crurale strozzata della vescica.*

Dott. GIANOTTI. — *Lussazione patologica anteriore dell'atlante.*

Prof. BIANCHETTI. — *Frattura del dente dell'epistrofeo con lussazione atlo-assoidea, senza sintomi midollari.* VILLATA.

Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio.

Seduta del 3 febbraio 1933.

Presiede il Prof. COLETTI.

Accidenti precoci e tardivi della medicazione arsenicale.

Prof. TRAMONTINI. — L'O., premesso che limita il suo studio all'azione degli arsenobenzoli, classifica gli accidenti della cura in immediati, precoci, ritardati e tardivi. Dopo aver descritta la sintomatologia delle crisi nitritoidi, talora anche mortali, parla degli accidenti ritardati, tipo l'apoplessia sierosa o encefalopatia arsenobenzolica, e si sofferma a descrivere gli accidenti tardivi come quelli a forma epato-biliare o a tipo emorragico (porpora acuta, eritrodermia); consiglia per attenuare gli accidenti immediati l'uso preventivo di piccole dosi di adrenalina sotto cute e per quelli più o meno ritardati di usare il rimedio sciolto in miscela di glucosio e di iposolfito di soda al 20 %, mentre per le manifestazioni purpuree gravi e mortali ed insensibili ai sali di calcio e al siero di cavallo è necessario talvolta ricorrere come *extrema ratio* alla trasfusione sanguigna.

Considerazioni cliniche sull'operazione di Strassmann.

Prof. OPOCHER. — L'O. premesse alcune considerazioni sullo sviluppo ontologico ed embriologico dell'utero e descritto anatomicamente l'utero bicorne e didelfo e clinicamente gli inconvenienti ostetrici ai quali dà luogo tale malformazione congenita, descrive l'operazione di Strassmann, mettendo in luce l'utilità apportata alla stessa colla modifica del Truzzi, atto operativo inteso a ripararla. Ne illustra i risultati clinici portando un contributo personale di 9 casi da lui operati di cui 4 con gravidanze a termine e feti vivi.

Il Segretario: Dott. FABRIS.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

OSPEDALI RIUNITI DI SAN GIMIGNANO.
Direttore primario: Dott. GIUSEPPE GUCCI.

Sul trattamento conservativo della tubercolosi ossea.

Dott. DINO NESTI, medico condotto e ass. int.

Sebbene oggi si assista ad una incessante gara di studi rivolti alla cura chirurgica della tubercolosi e specialmente della tub. polmonare, tuttavia ciò non vuol dire che il bisturi debba entrare in uso corrente nella terapia di questa malattia per la quale rimane sempre caposaldo terapeutico la cura incruenta.

La imponente letteratura contemporanea sul trattamento delle lesioni ossee tubercolari in genere mette in evidente contrasto le due scuole: quella dell'intervento chirurgico sistematico e quella della terapia medica conservativa che in questi ultimi tempi di lotta antitubercolare ha preso, giustamente, il sopravvento.

Il caso clinico che qui sotto riporto mi sembra che chiaramente dimostri la giustezza della terapia medica in materia di lesioni ossee tubercolari.

M. Maria, di S. Gimignano, di anni 45, a. c., coniugata con prole.

Nessun fatto notevole nella anamnesi remota o prossima della paziente nè della famiglia se si eccettua una pleurite secca sofferta dal marito un anno avanti.

Nel marzo 1931 si ammala di febbre elevata con dolori violenti ma fugaci alle articolazioni specialmente delle gambe e delle braccia; sono completamente libere le piccole articolazioni della mano e del piede. Faccio diagnosi di poliartrite reumatica e somministro dei salicilati in dosi non elevate (gr. 1 ½ - 2 nelle 24 ore). La temperatura e i dolori cedono e compare dopo pochi giorni un esantema che sparisce con la soppressione del salicilato di sodio.

L'apparato respiratorio della paziente attentamente e ripetutamente esaminato non rivela nessun fatto morboso. In una quindicina di giorni l'ammalata si sfebbra e si rimette poi in breve tempo, in buone condizioni.

Nel maggio dello stesso anno si riammala con tosse, specialmente al mattino, sudori notturni, febbricola serotina, dimagramento rapido, astenia, inappetenza, pirosi gastrica. All'esame del torace trovo: piccoli rantoli crepitanti nelle zone sotto apicali, nessun fatto pleurico, notevole adenopatia ascellare; dolorabilità alla pressione del punto medio del bordo esterno del cucullare, dolorabilità alla pressione dei muscoli della regione sopraspinosa, dolorabilità, alla pressione nei primi spazi intercostali nel cavo ascellare; dolorabilità alla pressione nelle regioni iliache: esistono insomma tutti o quasi i piccoli segni della tubercolosi iniziale del Boeri: e di tale malattia pongo la diagnosi che comunico alla famiglia instituendo in conseguenza una terapia opportuna con lecitine, preparati calcici per os e intramuscoli, cura alimentare con ipernutrizione e cura climatica facendo trasferire l'ammalata in un paese di media montagna.

Rivedo la paziente alla distanza di circa un mese e la trovo in condizioni abbastanza migliorate: aumentata di peso, la febbricola serotina non è più quotidiana, è diminuita la tosse, sono diminuiti all'ascoltazione anche i rantoli, permangono ancora inalterati tutti i piccoli segni. La paziente rifiuta di tornare in montagna e continua la cura domiciliare.

Un esame dell'escreato praticato in questo periodo dà esito negativo. Un esame radioscopico eseguito nell'Ospedale di S. Gimignano mette in evidenza dei fatti di infiltrazione apicale e peribronchiale bilaterali. Nessun dubbio quindi sulla diagnosi nonostante la negativa dell'esame dell'escreato.

Nell'agosto si inizia una tumefazione in toto, con maggiore accentuazione alla faccia palmare della 1ª falange del 4° dito della mano sinistra. La palpazione dice che siamo in presenza di un fatto osseo. La pelle ben presto si fa violacea, edematosi i tessuti sottocutanei. Penso ad una spina ventosa e un esame radiografico conferma la diagnosi.

Intanto i fatti toracici vanno sensibilmente migliorando, continua l'aumento del peso, è scomparsa la febbre e la tosse, appetito buono: l'ammalata si sente bene tantochè ha incominciato a riprendere in parte le sue mansioni di massaia. Si direbbe che la localizzazione ossea abbia agito come un ascesso da fissazione. Alla cura generale aggiungo, consigliato anche dal chirurgo direttore dell'Ospedale di S. Gimignano, una cura locale con soluzione iodio-iodurata alla Durante con immobilizzazione della regione ammalata.

Dopo circa un mese di questo trattamento l'ammalata, vedendo stazionarie le condizioni della sua mano sospende, contro il mio consiglio, la cura e toglie l'immobilizzazione. Ben presto la lesione si fistolizza senza peraltro dar luogo a fatti di infezione associata (mai febbre). Le condizioni generali e toraciche si mantengono buone.

I primi di ottobre si fa vedere da un chirurgo che consiglia l'amputazione del dito. Richiesto il mio parere dalla famiglia e dall'ammalata, sconsiglio l'intervento facendo prevedere la possibilità di una riacutizzazione, che potrebbe essere fatale, dei fatti toracici. Ciò nonostante nella prima decade del mese la paziente entra in casa di cura e viene operata di disarticolazione del 4° dito della mano sinistra.

A distanza di qualche giorno dall'intervento si ha notevolissimo rialzo termico: riacutizzazione ed aggravamento dei fatti toracici, fatti peritoneali imponenti con meteorismo e diarrea, dimagramento rapido, anoressia. Il radiologo della casa di cura detta la seguente diagnosi: « Segni radiologici di infiltrati multipli apicali, miliariformi alcuni, altri del tipo bronco-pneumonico, (la mag-

gior parte a bordi netti riferibili a fibrosi e sclerosi) associati a peribronchite disseminata della zona media di destra. Alla zona basale destra esistono i segni di una disseminazione miliarica, forse recente. N. B. Esiste pleurite adesiva basilare sinistra e scissurite destra ». La famiglia consigliata dal Direttore della casa di cura, nonostante sia ancora molto aperta la breccia operatoria, riporta l'ammalata a casa dopo averla fatta visitare da un tisiologo il quale, diagnosticata una disseminazione miliarica acuta, pone in conseguenza una prognosi infausta a brevissima scadenza.

Riprendo l'ammalata in cura il 12 novembre e la trovo in condizioni gravissime. Inizio una terapia a base di preparati aurici, rameici e calcici associati a dosi generose di lecitina e la paziente ne risente un momentaneo giovamento. Dico momentaneo perchè ad una lieve ripresa del peso corporeo, ad un miglioramento delle condizioni generali succede ben presto una grave ricaduta con una netta localizzazione peritoneale che dopo tre mesi di progressivo peggioramento conduce l'ammalata a morte con una diffusione imponente meningea.

Ho narrato un po' estesamente la storia clinica del caso in esame perchè dall'esattezza della cronologia balzasse evidente la successione dei fatti morbosi che nell'ultima fase, quella miliarica dopo l'intervento chirurgico, diventa addirittura scolastica.

E innanzi tutto la malattia che ha aperto il quadro così rapido di questa forma patologica è stata proprio un reumatismo articolare acuto o non è stata piuttosto una poliartrite tubercolare del Grocco-Poncet? E l'esantema che si è sviluppato in seguito alla somministrazione di preparati salicilici, è stato un esantema da medicamento o un esantema tossico tubercolare? La letteratura moderna è ricca di questi casi di esantemi tubercolari pur non essendo ancora concorde sulla loro etiologia e sul loro valore diagnostico. Non mi sembra il caso di pensare alla peliosi reumatica per la notevole differenza dell'esantema riscontrato nella mia paziente. Giudicando dal criterio *ex-juvantibus* dovremmo concludere per il reumatismo articolare acuto e per un esantema da medicamento anche se la durata della forma morbosa è stata un po' più breve di quella che suole essere il decorso del reumatismo articolare acuto.

Penso infatti che questa frusciata infettiva abbia messo l'organismo, precedentemente sano, in condizioni di minorata resistenza e che un focolaio tubercolare latente abbia in seguito scatenato il fatto tubercolare conclamato che in 8 mesi ha portato a morte la paziente. È intercorso infatti un periodo di buona salute di un mese circa tra il primo fatto morboso e i primi segni dell'infezione specifica.

La quale infezione tubercolare era evidentemente una forma sclerotica e fibrosa sia secondo l'esito della 1ª radioscopia da me consigliata, sia secondo la diagnosi del radiologo della casa di cura sopra ricordata; forma quindi che aveva le maggiori possibilità di guarigione sia per la natura, sia per la diagnosi relativamente tempestiva.

E che così fosse ce l'ha dimostrato il decorso, poichè in due mesi di cura assidua l'ammalata era notevolmente migliorata sia nelle condizioni generali, sia in quelle locali. Un altro fatto che è evidente è l'arresto dei fatti toracici in coincidenza dell'inizio e lo sviluppo del processo osseo, quando logicamente bisognava aspettarsi un aggravamento delle prime lesioni polmonari coll'insorgenza della spina ventosa.

E finalmente, per concludere sulla discussione del caso, bisogna dire che l'intervento chirurgico ha provocato la disseminazione miliarica che ha condotto a morte la paziente.

Essa stava infatti relativamente bene al suo ingresso nella casa di cura: era scomparsa la febbre e la tosse, era aumentata di peso (l'indice più sicuro di miglioramento nei tubercolosi) ed anche la decisione del chirurgo, di intervenire, deve essere stata presa in considerazione delle buone condizioni della paziente, poichè diversamente bisognerebbe pensare che egli abbia preso il bisturi in mano senza prima visitare o far visitare il torace di questa tubercolosa: ad ogni modo quello che risulta è che certamente non è stata eseguita nessuna indagine radioscopica nè radiografica prima dell'intervento.

Da tutto ciò è evidente, come da causa ad effetto, che l'intervento chirurgico ha provocato la disseminazione miliarica, cosa del resto che ci dice chiaramente anche il radiologo quando ha riscontrato due lesioni a tipo diverso: infiltrati apicali a tipo bronco-pneumonico riferibili molti a sclerosi e fibrosi, (la lesione antica) alcuni apicali miliariformi ed una disseminazione miliarica alla zona basale destra (la lesione recente) senza tener conto della diffusione peritoneale e meningea verificatesi nel periodo terminale.

Come conclusione del fatto clinico possiamo dunque dire che, se la paziente avesse avuto un po' più fiducia nella cura medica iniziata e molto più pazienza, e se il chirurgo avesse valutato il rischio al quale esponeva l'ammalata aprendo la via alla forma tubercolare localizzata, non avrebbe consigliato certamente l'immediato intervento che invece di restituire la piena sanità all'ammalata, la condusse, attraverso ad un'atroce calvario, ad una morte prematura.

Da quanto sopra esposto risultano evidenti le seguenti

CONCLUSIONI:

1) La terapia di elezione della spina ventosa e della tubercolosi ossea in genere deve essere quella medico-ortopedica, protratta per un periodo che non può essere mai breve, data la natura della malattia.

2) L'intervento chirurgico deve esser limitato ai pochi casi di insuccesso delle cure mediche o ai casi nei quali una invasione delle parti molli, delle articolazioni e dei tendini della regione minacci una maggiore diffusione del processo che metta in pericolo la vita del paziente.

3) Negli ammalati di forme polmonari recenti tener presente, contro l'intervento, la possibilità di una disseminazione miliarica acuta.

4) La spina ventosa in particolare, avendo una naturale tendenza alla guarigione, guarisce quasi sempre con la cura locale (iniezioni iodioiodurate I grado Durante — immobilizzazione — elioterapia naturale o artificiale) e con la cura generale antitubercolare.

RIASSUNTO.

L'A., riportando un caso di spina ventosa della mano deceduto in seguito a disseminazione miliarica dopo l'intervento operatorio, consiglia la terapia medica conservativa in tutte le lesioni tubercolari ossee, mettendo in rilievo il grande valore curativo delle iniezioni iodio-iodurate alla Durante e raccomandando di tener presente la possibilità di una diffusione miliarica acuta o subacuta come conseguenza diretta dell'eventuale intervento demolitore.

Settembre, 1932.

BIBLIOGRAFIA.

R. ALESSANDRI. *Tre casi di tubercolosi articolare guariti colle iniezioni iodo-iodurate alla Durante.* Policlinico, Sez. prat., 1900.

AUROUSSEAU. *Spina ventosa.* Pratique médico-chirurgicale, t. VIII, p. 80.

AIMES. *Spina ventosa d'un grand os long.* Soc. Anat. de Paris, 23 juin 1923.

BENVENUTI. *Contributo clinico statistico alla profilassi e alla cura della tubercolosi chirurgica nei giovani.* Arch. Ital. di Chir., fasc. 4, volume XXXI.

BOERI. *La diagnosi precoce della tubercolosi secondo le moderne vedute.* Il Morgagni, Napoli, 3 gennaio 1932, n. 1.

CIGNOZZI. *Il trattamento delle tubercolosi chirurgiche e delle loro associazioni microbiche.* Policlinico, Sez. prat., 1925.

EMANUELLI. *Spina ventosa du fémur.* Thèse de Paris, 1925.

HAIM-NESIS. *Spina ventosa du cubitus.* Ibid., 1925.

HAYEM. *Spina ventosa traitée par les agents phisiques. Guérison.* Le Monde Médical, février 1926.

POLETTI. *Rivelazioni su tre misteri. Tecnografia.* Ed. Tavecchi, Bergamo.

VACCHELLI. *Terzo e quarto rendiconto clinico.* 1926-27-28-29. Istituto Codivilla. Cortina d'Apezzo, Stab. Polig., Bologna.

CASISTICA.

Temperature subfebbrili in fanciulli e giovani sani.

A. Ceredi e G. Nanni (*Soc. med. chir. di Bologna*, 19 febbraio 1932) hanno osservato su 566 termometrie ascellari pomeridiane in individui dai 5 ai 20 anni riuniti in vari gruppi il 63 % circa di temperature superiori a 37°, e il 38 % superiori a 37°,2 confermando pienamente i dati già da tempo resi noti dal Roger e dal Richet; per temperatura media è stato calcolato il valore di 37°,20.

Le temperature medie dei vari gruppi si sono pure raggruppate attorno a 37°,10 con piccoli scarti.

Le medie delle temperature per anni di età non presentano discordanze significative.

Interessante è considerare gli scostamenti individuali; essi sono frequenti sino a 37°,6-37°,7, e ciò induce a ritenere che queste temperature possano essere normali; vi sono però degli individui le cui temperature non sorpassano mai 37°,2. Per essi 37°,7 sarebbe già una temperatura patologica.

Se ne conclude per la impossibilità di stabilire un limite, tra la temperatura normale e la patologica, unico per tutti gli individui, esistendone invece uno individuale in dipendenza del singolo abito costituzionale nei limiti tra 36° e 37°,7; si pensa di conseguenza che la conoscenza della temperatura individuale sia un nuovo mezzo per studiare il tipo costituzionale dei singoli individui. *fil.*

Tonsille palatine e febbri criptogenetiche.

Le febbri criptogenetiche, osserva A. Rugani (*Giorn. del Med. Pratico*, settembre 1932) sono più frequenti di quello che non si crede, e possono essere portate a lungo, senza che il paziente se ne accorga. Le ricerche moderne hanno richiamato l'attenzione sulla importanza che su queste febbricole hanno spesso i focolai settici tonsillari, veri ricettacoli dove si può avere ristagno di pus, foci infettivi dai quali si può determinare l'immissione in circolo dei batteri e dei loro prodotti.

Occorre quindi esaminare sistematicamente il cavo rino-faringeo in tutti i casi nei quali si possa pensare che quivi possa trovarsi un *focus tonsillare*. Praticando tale esame sistematicamente, non infrequentemente l'aspetto delle tonsille giustificherà il sospetto che esse possano essere il punto di partenza della causa

produttrice della febbricola. Giustamente Frugoni consiglia la spremitura della tonsilla. Comprimendo, spremendo le tonsille palatine, talvolta si vedono uscire dei fiocchi caseosi, scarsi od abbondanti, disseminati lungo il corpo tonsillare o lungo i margini in corrispondenza dei pilastri. Constatazione questa di indubbio valore, potendo i processi tonsillari settici in apparenza spenti, senza reazioni locali, essere il punto di partenza di insospettate reazioni generali.

Quanto alla terapia si impone l'intervento chirurgico, quando sia escluso che la febbre possa avere altra origine; l'atto operativo più indicato è la tonsillectomia, l'enucleazione *in toto*, perchè basta spesso una piccola parte di tessuto tonsillare rimasto dopo l'atto operativo perchè non si abbiano buoni risultati. Quando esistono, dopo ripetute angine, forti aderenze tra il corpo tonsillare, la capsula e i pilastri, si può procedere anche alla tonsillotomia, asportando più tessuto che sia possibile, specialmente ai poli superiore ed inferiore e nel fondo della capsula. C. TOSCANO.

Febbre e stato uremico.

G. Ruffini (*La Clinica Medica Italiana*, giugno, 1932), riprende, con osservazioni personali, l'argomento già conosciuto, ma poco noto del rapporto fra febbre e stato uremico: individui colpiti da malattie infettive o settiche decorrenti con febbre elevata presentano caduta rapida della temperatura al normale o al di sotto coll'insorgere di una nefrite iperazotemica e stato uremico; come pure nefritici con stato uremico hanno decorso scarsamente o sporadicamente febbrile di malattie che ordinariariamente dànno febbre elevata.

Le osservazioni del Ruffini riguardano: un caso di ileotifo in un nefritico in cui si ebbe morte per uremia (azotemia 10‰) in 20ª giornata in stato di apiressia completa e all'autopsia si trovò nefrite acuta disseminata a focolai purulenti; un caso di sepsi di origine urinaria con nefrite purulenta bilaterale ascendente, con azotemia 3-3,75 ‰, con emorragie cutanee, decorso con febbre non oltre 38°, anche questo con esito letale; un caso di sepsi di origine tonsillare, con esito in morte, in cui la temperatura si mantenne bassa mentre l'azotemia oscillava fra 4,22 e 4,28 ‰; poi un caso di cistite acuta febbrile in un'ammalata di cancro dell'utero, nella quale la febbre cadde col comparire della sindrome uremica: due casi di nefrite cronica iperazotemica in cui una broncopolmonite mortale ebbe decorso scarsamente febbrile (37,5°-38°).

L'ipotermia dello stadio terminale degli uremici è nota e ne furono incolpati il carbonato d'ammonio da Billroth, i sali di potassio da Feltze e Ritter, una sostanza non bene identificata da Bouchard, l'urea da Lemièrre. Negli uremici c'è anche ipercreatinemia e ipercreatininemia e aumento dei corpi aromatici nel sangue. In due casi dell'A. furono cercati e trovati in forte quantità questi corpi aromatici. Ancora non è definitivamente stabilita la genesi dell'ipotemia degli uremici. R. LUSENA.

TERAPIA.

La terapia insulinica nello stato di magrezza.

La insulina trova precisa indicazione oltre che nel diabete anche nello stato di cattiva nutrizione dei non diabetici, come per primi sostennero alcuni pediatri americani fin dal 1923.

Recentemente Blotner (*Il. A.M.A.*, 14 gennaio 1933) ha osservato accuratamente 19 persone magre ma in stato di salute, sottoposte ad una cura di ingrassamento per mezzo di iniezioni sottocutanee di insulina. Tutte e diciannove cominciarono a crescere di peso fin dalle prime iniezioni e solo due di esse perdettero un po' del peso acquistato nei mesi consecutivi alla cura. L'insulina produsse sempre un grande benessere nei pazienti, che solo di rado andavano incontro a lievi reazioni ipoglicemiche.

L'aumento del peso è probabilmente dovuto ad aumento di ingestione di alimenti e ad una migliore digestione. Inoltre la secrezione della bile e del succo pancreatico venendo stimolata, si può pensare che aumenti anche l'assorbimento e la assimilazione degli alimenti. Aumenta la concentrazione delle proteine del plasma, aumenta il numero dei globuli rossi e cresce anche il volume del sangue circolante.

Questa indicazione della insulina sembra dunque razionale e rappresenta una terapia semplice e del tutto scevra da pericoli.

E. CARLINFANTI.

L'azione terapeutica della "catechina,, nel morbo di Basedow.

Qualche anno fa F. Blum descrisse l'azione terapeutica antitetanica che esplica il sangue o il suo preparato essicato (Hämokrinin) negli animali paratiroidectomizzati; condizione necessaria per quest'azione è la dieta protettiva (Schutzkost) degli infermi o degli animali da esperimento. Ulteriormente lo stesso A. dimostrò che il sangue somministrato peroralmente possiede anche delle spiccate proprietà antitiroidee, neutralizza cioè gli effetti della tirossina somministrata a vari animali di laboratorio.

E. Herzfeld e A. Frieder (*Deutsche Mediz. Wochenschrift*, 20 genn. 1933) ripresero le ricerche in proposito; essi hanno potuto confermare i dati sperimentali di Blum; nel frattempo quest'ultimo è riuscito ad isolare i componenti antitiroidei dal sangue, nel quale essi si trovano in una combinazione instabile; servendosi di questo preparato denominato dal Blum catechina (da Katéxelv - inibire) tiroidea, rilevano i considerevoli vantaggi che da

esso si possono ricavare nel morbo di Basedow. La dieta « protettiva » (soppressione della carne, abbondanza di latte, nel resto-mista) è necessaria anche qui per il successo della cura; questo infatti non mancò a verificarsi nei 18 casi osservati dagli AA.; solo due fra questi non diedero risultati soddisfacenti per fattori di carattere accessorio.

In alcuni casi l'osservazione data da più di 8 mesi; quasi tutti i sintomi morbosi (tachicardia, esagerato metabolismo, ecc.) scompaiono o si attenuano, eccetto lo struma che rimane poco influenzabile.

Il preparato sotto il nome di Tyronorman viene fornito in tavolette titolate secondo le unità di Blum; un'unità sarebbe la quantità sufficiente per neutralizzare l'azione 0,001 mg. di iodio (in forma di albumina iodata tiroidea) sul ricambio del coniglio. Ogni tavoletta contiene 10 unità.

La posologia varia da 6 a 9 tavolette al giorno; gli AA. si propongono studi ulteriori sul comportamento dello specchio iodico del sangue, per poter precisare le quantità occorrenti, analogamente a quanto si fa nella insulinoterapia del diabete, la quale viene regolata in base al tasso glicemico.

Il miglioramento, com'era da aspettarsi in una terapia « di sostituzione » comincia a manifestarsi nella seconda settimana di cura. I primi a scomparire sono i sintomi vegetativi: diarree, sudori, ecc.

Va notato che in questa terapia ormonale dopo la sospensione del medicamento possono manifestarsi delle ricadute; la ripresa della cura riesce in minor tempo e con dosi minori far ritornare la normalità; ecco un indizio per la valutazione della nuova terapia; esso dimostra che con la costituzione ormonica proposta non solo migliorano le condizioni generali, ma l'organo colpito ha il modo di ristabilirsi, almeno in parte. S. MINZ.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Azione maturatrice dei raggi X sugli elementi del sangue.

R. Isaacs (*Arch. of int. Medic.*, vol. 50, n. 6, dicembre 1932) ritiene che i raggi Roentgen, usati a dosi terapeutiche, promuovano lo sviluppo delle cellule del sangue, in modo diverso a seconda del loro grado di maturità, ma sempre in senso « stimolante » e non di « necrosi ». I mieloblasti, i linfoblasti e gli altri elementi giovani sono stimolati a riprodursi rapidamente, mentre le forme più mature crescono con ritmo più lento e ordinato: ma gli uni e gli altri vivono con maggiore intensità, invecchiano quindi più rapidamente e possono dare così l'impressione di un'azione depressiva. La stimolazione esercitata dai raggi porta più o meno rapidamente all'invecchiamento, a seconda che la vita degli elementi cellulari irradiati sia normalmente più o meno lunga. V. SERRA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Nella convalescenza di malattie acute. — Al dott. A. G., da R.:

Non hanno controindicazione le paste alimentari; sono anzi utili, perchè forniscono un alimento nutriente e apurinico. Va data la preferenza ai tipi fini, perchè più digeribili. Raccomandabile è il condimento con burro fresco.

Si può aumentare il rifornimento di sostanze proteiche, ricorrendo alle pastine ricche di glutine e cuocendole nel latte. Invece non è generalmente indicato l'uso del brodo, perchè ricco di materiali di rifiuto, siano pure ad azione euforica ed eccitante.

Per accelerare la reintegrazione dell'organismo giova, in generale, fornire un'alimentazione abbastanza ricca in sostanze proteiche, ma digeribile e povera di scorie del ricambio.

fil.

VARIA.

Metodo per la prognosi del sesso dei nascituri.

Sembra che sia stato trovato un metodo quasi costantemente verace (80 casi su 85) per la prognosi del sesso dei nascituri.

I testicoli dei giovani conigli entrano in spermatogenesi completa soltanto quando, effettuata verso il terzo o il quarto mese di vita la discesa, si vengono a porre nello scroto.

Durante la loro emigrazione attraverso il canale inguinale, pur essendo i giovani conigli già nel periodo della pubertà non troviamo ancora spermatogeni nè spermatociti e tanto meno spermatidi e spermatozoi, nei tubuli seminiferi.

Iniettando nelle vene di conigli che si trovano esattamente in questa fase pubere 10 cc. di urine di uomo, o di donna non gravida, all'esame dei testicoli prelevati dopo 48 ore non si rileva alcuna differenza dei controlli non iniettati.

Ma se sono state usate per l'iniezione urine appartenenti ad una donna gravida (dal 5° mese in poi), due evenienze possono darsi: 1° il testicolo si presenta normale; 2° il testicolo presenta delle alterazioni macroscopiche (ingrossamento, congestione) e microscopiche (sviluppo precoce della spermatogenesi).

Basandosi su numerose osservazioni e sui relativi controlli, J. H. Dorn e E. I. Sugarman (*Journ. of Am. M. A.*, 12 nov. 1932) affermano che la prima evenienza si ha quando il nascituro o di sesso maschile, la seconda quando è di sesso femminile.

Essi pensano che tale stimolazione delle cellule dei tubuli seminiferi del coniglio pubere, sia dovuta ad un ormone sessuale.

E. CARLINFANTI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Consolanti visioni sul regresso delle grandi malattie sociali.

G. Drouet (*Journal de méd. de Paris*, 3 nov. 1932) riporta dei dati che dimostrano la diminuzione di alcune malattie sociali, quali il cancro, la sifilide e la tubercolosi.

Cancro. — È opinione radicata, non soltanto nel pubblico, ma anche in molti medici che il cancro aumenti oggi di frequenza, soprattutto basandosi sul fatto che la cifra globale dei malati di cancro è oggi più elevata che un tempo.

In uno studio di K. Weiss, per il Baden, tale aumento globale appare manifesto.

Morti per cancro su 1000 morti.

	1910	1925
Da 40 a 50 anni	135	164
» 50 » 60 »	185	204
» 60 » 70 »	154	181
Oltre 70 anni	84	93

Ma questo aumento globale non deve illudere; esso appare perchè si vive più a lungo e la mortalità per altre cause diminuisce rapidamente in proporzione maggiore che per il cancro.

Rapportando quindi la mortalità per cancro al numero fisso di popolazione vivente di una data età, i risultati cambiano.

Morti per cancro

su 100.000 viventi di una data età

	1910	1925
Da 40 a 50 anni	130	117
» 50 » 60 »	349	302
» 60 » 70 »	671	676
Oltre 70 anni	984	1082

La mortalità per cancro è quindi ora minore nelle età più basse; si equilibra fra i 60 ed i 70 anni ed è solo in aumento dopo i 70, cioè ad un'età in cui la morte, per l'una o l'altra causa si avvia ad essere fatale.

Dati analoghi si hanno anche per altre località: Brema, Amburgo, Baviera, Danimarca. Già qualche anno fa, del resto, G. Gherardi aveva da noi dimostrato che il preteso aumento di mortalità per cancro era fittizio e dovuto a diminuzione di mortalità per altre malattie specialmente infettive, per cui un maggior numero di individui arriva alle età che sono più facilmente preda del cancro. Anche una maggiore raffinatezza di diagnosi permette ora di includere nel cancro molti casi che prima erano ritenuti altre malattie.

Sifilide. — Non meno favorevoli sono le statistiche per la sifilide. Nella maggior parte dei paesi essa è ora in regresso notevole, non soltanto in confronto del periodo postbellico immediato, ma anche di quello antebellico. Tale diminuzione viene attribuita alla crisi economica attuale, per cui i disoccupati privi di mezzi hanno messo un freno ai loro appetiti sessuali; sarebbe anche diminuito il numero dei frequentatori di postriboli.

Tubercolosi. — Ancor più che per le due prime malattie, domina in questa la nota ottimista. Recenti statistiche mostrano la caduta della mortalità per tubercolosi, in tutti i paesi civili, in questi ultimi anni.

A Parigi e nei sobborghi, la situazione va migliorando ogni anno. È vero che nelle statistiche dei dispensari si ha un leggero aumento dei tubercolosi eliminatori di bacilli, ma tale aumento va facendosi ogni anno più scarso ed è in misura minima in confronto dell'aumento della popolazione. Tenuto conto dell'attiva propaganda che fa accorrere al dispensario molta gente, nonchè in considerazione della crisi economica che induce molti a ricorrere al dispensario anzichè farsi curare dal medico privato, si deve concludere che la morbosità per tubercolosi è attualmente in forte decrescenza anche per Parigi.

Risulta da tutto questo un'impressione favorevole, in quanto che i tre grandi flagelli che decimano l'umanità sono ora sicuramente in regresso. Con tutta probabilità, si deve ammettere che anche agli sforzi dei medici, siano essi individuali o collettivi sono in parte dovuti questi miglioramenti. *fil.*

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Le bonifiche alla Camera.

Discutendosi, alla Camera dei Deputati, il bilancio del Ministero per l'agricoltura, è stato preso in esame il problema delle bonifiche. Un magnifico discorso in merito ha tenuto l'on. G. Giardina, ispettore generale alla Sanità Pubblica. L'insigne studioso ha manifestato il plauso degli igienisti per l'opera di redenzione agraria del territorio italiano, la quale prelude alla completa redenzione igienica della popolazione. Ha posto in evidenza i pericoli connessi con le opere di bonifica, a causa dell'intenso affluire di masse operaie e delle possibili conseguenti riaccensioni della malaria. Ha dimostrato l'utilità della cooperazione degli igienisti con gli altri tecnici, nell'elaborazione ed esecuzione dei piani di bonifica, onde ridurre al minimo i danni, i quali sono inevitabili come in tutte le battaglie. Ha anche lumeggiato il concetto che, ai fini igienici, è di

molta importanza la buona manutenzione delle opere. Trattando degli acquedotti, ha notato che la distinzione tra opere di carattere urbano e di carattere rurale nelle zone di bonifica, crea una sperequazione a scapito del mezzogiorno, ove la popolazione è più agglomerata in centri urbani; prega il Ministro dell'agricoltura di ottenere dal collega dei lavori pubblici maggiori facilitazioni per dotare d'acqua questi grandi comuni. Ha fatto valere tutta l'importanza di un'adeguata assistenza sanitaria ai lavoratori delle zone di bonifica, ed ha richiamato una sua precedente proposta, per l'assicurazione contro la malaria.

La disciplina degli impianti radiologici.

Dopo brevi considerazioni dell'on. E. Morelli, del relatore on. Ermanno Fioretti e del sottosegretario on. Arpinati, è stato approvato il disegno di legge per la disciplina degli impianti radiologici, del quale demmo già notizia.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUAVIVA PLATANI (*Caltanissetta*). — Scad. 10 mag.; età lim. 40 a.; L. 9000 e 5 quinquenni di L. 800; riduz. 12 %; se uff. san. L. 500.

ANZIO. (Vedi ROMA).

ARLENA DI CASTRO (*Viterbo*). — Scad. 22 apr.; L. 9240 e 5 quadrienni dec., oltre L. 440 arm. farm., L. 352 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

BATIGNANO (*Grosseto*). — Scad. 31 mar.; età lim. 35 a.; L. 10.000 oltre c.-v. e L. 1000 indenn. complementare.

BELLANO (*Como*). *Ospedale di Circolo «Umberto I»*. — Scad. ore 18 del 12 apr.; direttore; lire 7000 ridotte del 12 %, partecipazioni 5-75 %; età lim. 45 a.; 5 anni in ospedale o clinica; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dalla presentaz.; assunzione servizio entro 20 gg.

CAMPOLONGO MAGGIORE (*Venezia*). — A tutto il 30 apr.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., se uff. san. L. 800, c.-v., p. trasp. L. 1000-2500-3000-4000; addizion. L. 5 oltre i 1000 pov. e L. 10 oltre i 1500; deduz. 12 %; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 30 gen.

CATANIA. — Per titoli ed esami. Posto di Direttore del Consorzio antitubercolare di Catania. Stipendio annuo L. 24.000 lorde; scadenza del concorso ore dodici del 12 maggio 1933. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio presso l'Amministrazione Provinciale di Catania.

CODOGNO (*Milano*). — Per titoli. Posto per la seconda condotta interna. Scadenza 15 maggio 1933. Per le altre informazioni chiedere avviso di concorso alla Segreteria del Comune.

FELTRE (*Belluno*). — Scad. 25 apr.; 4° reparto; L. 9000 per 1000 pov.; 5 quadrienni dec., c.-v., addizion. L. 5, trasp. L. 1000-2000-3500; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10.

FIUME. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli ed esami. Posto di assistente presso la Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. (Vedi precedente N. 10).

FRABOSA SOTTANA (*Cuneo*). — Scad. 31 mar.; L. 9000 oltre L. 500 uff. san., indenn. trasp. a seconda del mezzo; età lim. 40 a.

GIOVE (*Terni*). — Scad. 31 mar.; L. 8000 oltre L. 600 serv. att., L. 500 se uff. san.; 5 quinquenni dec.

MANDANICI (*Messina*). — Scad. 31 mar. L. 9000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 500 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

MIRABELLO (*Pavia*). — Scad. 20 mar.; con S. Ginesio; L. 14.000; riduz. 12 %.

MIRANDOLA (*Modena*). — Scad. 29 aprile; 4ª condotta rurale.

MONTEBELLUNA (*Treviso*). *Congregazione di Carità*. — A tutto il 20 maggio 1933 è aperto il concorso al posto di chirurgo primario nel locale Ospitale Civile. Stipendio L. 10.000. Per informazioni e schiarimenti rivolgersi all'Ufficio di Amministrazione dell'Ospedale stesso.

MONTEVARCHI. *Spedale della Misericordia*. — Scad. ore 24 del 19 marzo; direttore sanitario e chirurgo primario; L. 11.000 e 2 trienni di L. 1000; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10 al Monte Pio, Istituto di Credito di Montevarchi; doc. a 3 mesi dal 20 dic. Chiedere altre condizioni.

NUORO. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli ed esami. Posto di coadiutore della Sezione Medico-Micrografica dei Laboratori Provinciali di Igiene e Profilassi. (Vedi precedente N. 10).

PULFERO (*Udine*). — Scad. 30 apr.; L. 10.000 oltre L. 600 serv. att., L. 3000 trasp., L. 1000 uff. san., previa riduz. 12 %.

ROMA. *Opera Pia degli Ospizi Marini per i fanciulli poveri della Città e Provincia*. — Scad. 25 maggio, ore 19; chirurgo negli Ospizi marini di Anzio; L. 6000 oltre L. 1200 serv. att.; riduz. 12 %. Non è fatto obbligo della residenza in Anzio, ma il chirurgo dovrà recarsi sul posto almeno una volta la settim. ed ogni qualvolta venga chiamato d'urgenza dal Direttore; età lim. 25-45 a.; doc. a 3 mesi dal 25 febbr.; tassa L. 50. Chied. annunzio. Rivolgersi all'Ufficio d'Amministraz., via S. Vincenzo 32 (angolo Piazza Trevi).

S. ANGELO IN GROTTE (*Campobasso*). — Scad. 15 apr.; L. 6500 e 3 quinquenni dec., riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

SARSINA (*Forlì*). — Scad. 31 mar.; L. 11.000 e 10 bienni ventes., oltre L. 3000 cavalc., c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

SENIGA (*Brescia*). — Per titoli; condotta tutta in pianura, abitanti n. 2520. Periodo di prova anni 2; stipendio L. 9000; indennità per mezzo di trasporto (automobile) L. 3000. Assegno ufficiale sanitario L. 600. Trattenute di legge. Documenti di rito di data non anteriore a tre mesi. Scadenza ore dodici del 20 aprile 1933. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Comune.

S. MARZANO DI S. GIUSEPPE (*Taranto*). — A tutto il 30 mar.; L. 9240 già depurate del 12 %, oltre L. 440 uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; voti di esami; doc. a 3 mesi dal 20 feb.

TERRANOVA DI POLLINO (*Potenza*). — Scad. 28 mar., L. 6160 e 6 quadrienni di L. 513,30, cavalc. L. 2200; già ridotte 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

TIGLIOLE (*Alessandria*). — Per titoli. Stipendio annuo L. 7000, con quattro aumenti quinquennali di un decimo computato, agli effetti della maturazione del primo aumento, il periodo di prova che è di anni due, con disdetta di due mesi prima. Indennità di alloggio L. 500 annue; indennità di cavalcatura L. 2000 annue. Stipendio e indennità sono soggetti alla riduzione del 12 % e alle altre trattenute di legge. Età massima anni 45 salvo eccezioni di legge. Scadenza ore diciasette del 26 aprile 1933. Per ulteriori notizie sui documenti da presentare, loro modalità, ecc., chiedere il bando di concorso alla Segreteria del Comune.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Carlo Manca, Lodovico Mencarelli, in anatomia e istologia patologica; Giampietro Cucco, Giuseppe Daddi, Giuseppe Marinelli, Oscar Armando Trivellini, in batteriol. e immun.; Luigi Caravani, Mario Carravetta, in clinica chirurgica; Andrea Bertocchi, Lucio Urbani, in clin. chirurgica e medicina operatoria; Marcello Lusena, Aldo Luisada, in clin. medica; Antonio Signa, in clinica pediatrica; Guido Zucchi, in medicina sociale; Giovanni Briasco, Benedetto Mela, Luigi Quintarelli, Omero Tempestini, in odontoiatria e protesi dentaria; Andrea Albanese, in ortopedia e traumatologia; Bruno Botta, Francesco Domenico Rezzesi, in patologia generale; Luigi Biancalana, in patologia speciale chirurgica; Vittorio Barone, Alfredo Bettolo, Luigi Cattaneo, Lorenzo Crosetti, Aminta Fieschi, Dario Maestrini, Lorenzo Pezzotti, Ugo Rondelli; Giuseppe Sorge, in patologia speciale medica; Giuseppe Penso, Vittorio Vanni, in parassitologia medica; Giuseppe Cicconardi, in tisiologia.

Il nostro collaboratore prof. Augusto Cassuto è nominato membro della Società di Urologia di Vienna. Rallegramenti.

Il dott. prof. Ignacio Chavez è nominato direttore della Scuola Medica di Messico.

Alla presidenza della Croce Rossa Spagnola è stato nominato don Ricardo Burguette y Lana.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso Internazionale per la protezione dell'infanzia.

Un Congresso Internazionale per la Protezione dell'Infanzia si terrà a Parigi dal 4 al 9 luglio.

Il comitato d'onore è presieduto dal senatore P. Strauss, ex ministro della Sanità, membro dell'Accademia di medicina.

Gli organizzatori hanno potuto ottenere riduzioni importanti sulle tariffe delle Ferrovie francesi. Sperano di avere le stesse facilitazioni dalle Compagnie di trasporto straniere.

Il Congresso sarà diviso in 8 Sezioni; tema generale: « Azione di Stato e beneficenza ». La quota d'iscrizione importa 100 franchi francesi per i membri e 50 per gli associati.

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria generale, boulevard de Vaugirard 26, Paris XVe, Francia.

1° Congresso internazionale di gastro-enterologia.

È preannunziato dal 5 al 7 agosto 1935 in Bruxelles, sotto la presidenza del prof. J. Schoemaker (La Aja). Sarà diviso in 4 Sezioni: 1) medicina; 2) chirurgia; 3) radiologia; 4) anatomopatologia e biochimica, le quali saranno presiedute rispettivamente dal prof. Oscar Weill, dal dott. Léopold Mayes, dal dott. Etienne Herward e del prof. A. Dustin.

Segretario generale del Comitato ordinatore è il dott. Georges Drohée, di Bruxelles.

1° Congresso internazionale di roentgenologia medica.

Dal 2 al 9 aprile prossimo è indetto a Berlino un congresso internazionale medico sui progressi della roentgendiagnostica e della roentgenterapia. Per informazioni rivolgersi alla « Kaiserin Friedrich-Haus », Robert Koch-Platz 7, Berlin NW7, Germania.

Congressi francesi d'idroclimatologia.

La « Société d'hydrologie et de Climatologie médicale » annunzia la seduta annuale per il 20 marzo; verrà trattato il tema: « Crenoterapia delle affezioni vascolari periferiche ». I medici stranieri che desiderano partecipare al convegno, o ricevere le relazioni, sono pregati di rivolgersi al segretario generale della Società, dr. Sérane, rue Jasmin 40, Paris XVIe.

La « Fédération thermale et climatique française » organizza per i giorni 5 e 6 maggio un Congresso sulle stazioni idrominerali, climatiche e balneari. Verrà esaminato il tema « La propaganda e l'orientamento sociale del *termalismo* e del *climatismo* ». Prenderanno parte al congresso: municipî, sindacati, stabilimenti, società mediche, ecc.

Al Congresso dell'Associazione francese per il progresso delle scienze, che si terrà a Chambéry dal 24 al 30 luglio, la 12ª Sezione, che riguarda le scienze mediche, sarà riservata per intero ai temi: « cure d'altitudine »; « climatologia delle Alpi savoiarde »; « cura termale nelle stazioni savoiarde ». Verranno fatte delle visite alle principali stazioni termali della Savoia e alle principali località d'interesse turistico della regione. Quota d'iscrizione

10 fr.; quota annua 30 fr. Per le adesioni rivolgersi al segretario dell'associazione, Dr. Vernes, rue Serpente 28, Paris; i titoli delle comunicazioni vanno indirizzati al presidente della 12a Sezione, Dr. I. Tissot, rue de la Banque 16, Chambery, Savoie.

2° Congresso rumeno contro la tubercolosi.

Organizzato dalla Società per la profilassi e lo studio della tubercolosi, si terrà nella seconda metà di marzo a Cluj, sotto la presidenza del prof. I. Hatziegan. All'ordine del giorno sono i temi: « Principî d'organizzazione dell'armamento antitubercolare » (relatore Irimesco); « Forme iniziali della tubercolosi polmonare e loro diagnosi » (relatore Daniello); « Del trattamento delle coxalgie » (relatore prof. Jacobovici).

Convegno scientifico sociale per la lotta contro la tubercolosi osteo-articolare.

Nei giorni 25 e 26 u. s. a Cortina d'Ampezzo, per iniziativa dell'Istituto Elioterapico « Codivilla » e sotto gli auspici della Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi, è stato tenuto un Congresso per l'assistenza scientifico-sociale della tubercolosi osteo-articolare. Alla seduta inaugurale intervennero S. E. il Prefetto di Belluno, Costanzo Gazzero e le autorità cittadine e politiche, ed al Congresso hanno preso parte oltre 300 tisiologi, igienisti, ortopedici e chirurgi delle varie Università del Regno e degli Istituti ed enti antitubercolari d'Italia.

Il prof. Vittorio Putti ha riferito ampiamente sui moderni indirizzi della cura della tubercolosi osteo-articolare ed il prof. F. Bocchetti ha svolto la sua relazione sulla assistenza sociale della tubercolosi chirurgica. È seguita un'ampia discussione, alla quale han preso parte l'on. Morelli ed i proff. Donati, Vacchelli, Casagrandi, Guaccero, Ronzoni, De Francesco, Allegra-Puglisi, Calandra, Manfredi, Magrassi, ecc.

Molte comunicazioni sono state fatte.

Su proposta dei proff. Putti, Morelli, Donati e Bocchetti, è stato votato il seguente o. d. g.

« I congressisti del Convegno di Cortina d'Ampezzo, ritenendo opportuno ancora una volta richiamare l'attenzione degli organi competenti sull'importanza scientifico-sociale della tubercolosi osteo-articolare,

considerato che essa costituisce un'entità clinica i cui danni, se non razionalmente curata, sono notevolissimi nel campo economico-individuale-sociale,

considerato che essa non è una malattia locale, bensì generale che va affrontata con parità di mezzi ed unitarietà d'indirizzi, nella lotta contro la tubercolosi,

fanno voti che l'assistenza scientifico-sociale di essa sia, con criterio di parità di trattamento, inquadrata nelle provvidenze volute dal Regime, affinchè si provveda alla diagnosi precoce di essa, e che gli infermi siano tolti dalle case, dagli ospedali comuni ove sono attualmente assistiti, e siano ricoverati in sanatori specializzati nei quali soltanto possono trovare quell'insieme di apprestamenti tecnici, scientifici, di ambiente, di personale e di clima necessario per poter attuare la complessa cura che deve essere conservativa, funzionale e di bonifica del terreno organico ».

Università internazionale in Spagna. Il prof. Pende invitato a tenervi un corso.

Come abbiamo già annunziato, la Repubblica Spagnuola ha fondato testè a Santander, presso S. Sebastiano, una università internazionale estiva, che si propone di promuovere e intensificare la cultura universitaria nelle varire branche dello scibile, chiamando a dettare corsi speciali, dal giugno al settembre, professori d'ogni parte del mondo. Nel campo della medicina l'Università internazionale di Santander ha chiamato per l'Italia il prof. Pende a tenere un corso di sei lezioni sul tema: « Costituzione ed eredità ».

Prolusione del prof. Ilvento alla Scuola di Tisiologia di Milano.

Il prof. Arcangelo Ilvento, vice-direttore della Sanità pubblica, ha tenuto nell'aula della Clinica Medica di Milano una conferenza prolusiva al corso della scuola di perfezionamento in tisiologia e malattie dell'apparato respiratorio, trattando il tema: « La cute nella terapia delle malattie tubercolari ». Assisteva alla conferenza un denso pubblico composto di sanitari e di autorità.

Corsi di perfezionamento a Vienna.

Dal 3 al 15 aprile avrà luogo, presso la Facoltà medica di Vienna, un corso internazionale di perfezionamento in laringo-rino-otologia; tassa 50 scellini. Sono anche annunziati: un corso internazionale sui problemi medici d'attualità, con speciale riguardo alla terapia, per i medici pratici, dal 25 settembre al 6 ottobre; e uno sulla terapia moderna, dal 27 novembre all'8 dicembre. Si tengono, inoltre, numerosi corsi speciali. Per informazioni e programmi rivolgersi al Dr. A. Kronfeld, Sekretär der Internationalen Fortbildungshurse, Porzellangasse 22, Wien IX, Austria.

Per il Policlinico di Bari.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di disegno di legge col quale si dettano norme particolari per le espropriazioni dei terreni occorrenti alla costruzione degli edifizi che formeranno il Policlinico di Bari, analogamente a ciò che fu stabilito per la costruzione degli edifizi destinati agli istituti universitari di Torino e di Pisa.

L'Ambulatorio " Mussolini „ a Civitavecchia.

Alla presenza di tutte le autorità locali, ecclesiastiche, civili e politiche, è stato inaugurato a Civitavecchia l'ambulatorio della « Sanitaria Arnaldo Mussolini », istituzione assistenziale per tutti i dipendenti del Ministero delle Comunicazioni, a carattere nazionale, gestita dall'Istituto Nazionale delle Comunicazioni.

Istituto Nazionale di radioterapia nel Belgio.

Con recente decreto reale si è fondato nel Belgio un Istituto Nazionale di Radioterapia, per lo studio scientifico e clinico dell'azione delle radiazioni penetranti sui tumori maligni e su tutte le affezioni suscettibili di essere trattate con la radioterapia in generale. L'« Union Minière » dell'Alto Katanga (Congo belga) metterà a disposizione del nuovo Istituto, a titolo di prestito, 15 grammi di radium.

Il Consiglio di Amministrazione dell'Istituto sarà presieduto dal Ministro M. Francqui.

La vigilanza sanitaria a Roma.

Notevole è stata l'opera di vigilanza igienico-sanitaria svolta nello scorso anno dal competente ufficio del Governatorato. Oltre a numerose denuncie dell'Autorità Giudiziaria per abusivo esercizio della professione sanitaria e per il commercio di stupefacenti, va notato che nel campo dell'esercizio della medicina e chirurgia, si è proseguito nella vigilanza su tutte le attività legalmente riconosciute, come cliniche private, case di salute, istituti di terapia fisica, ambulatori, gabinetti dentistici; nè è stata trascurata la sorveglianza sui cosiddetti istituti di bellezza. Ma la vigilanza più scrupolosa è stata quella rivolta all'esercizio delle farmacie. Fra l'altro si è cercato di impedire la vendita di specialità medicinali non autorizzate dalle autorità governative e di combattere strenuamente la piaga sociale della tossicomania, spesso mascherata sotto la parvenza medica.

Alla Mostra della Rivoluzione.

Il Consiglio direttivo della Società italiana di chirurgia della bocca e ortopedia facciale, che ha sede presso la Clinica Odontoiatrica della R. Università di Parma, ha stabilito che tutti i soci abbiano a recarsi a Roma in pellegrinaggio alla Mostra della Rivoluzione fascista.

Il prof. Arlotta di Milano, direttore dell'Istituto Stomatologico Italiano, ha disposto inoltre che gli 800 medici stomatologi che converranno a Roma da ogni parte d'Italia il 19 marzo, siano accompagnati nelle visite alla Mostra della Rivoluzione dai professori universitari Cavina di Bologna, Cavallaro di Firenze, Ribolla Nicodemi di Palermo, Boggio di Torino, d'Alise di Napoli, Grandi di Trieste, Mela di Genova, De Melas di Cagliari, Maggini di Bellinzona, Campiglio e Brusotti di Milano.

Nel giorno successivo gli stomatologi italiani, con speciale convoglio automobilistico allestito e guidato dal segretario generale prof. Corradi dell'Ateneo parmense, si recheranno a visitare la città di Littoria, miracolosa opera di bonifica medica e sociale voluta e concepita dal genio del Duce. Nell'occasione la Società Italiana di chirurgia della bocca terrà ivi l'annuale assemblea dei soci.

Cronache giudiziarie nel campo stomatologico.

Il Tribunale di Roma, in sede di Magistratura del Lavoro, aveva condannato la Federazione Stomatologica Italiana a mantenere gl'impegni nella liquidazione dei compensi giornalistici dovuti al prof. Guglielmo Coen-Cagli, già redattore-capo de « La Stomatologia ».

La Corte d'Appello ha ora respinto un ricorso della Federazione, la quale è stata anche condannata alle spese ed onorari determinati dal giudizio d'appello.

* * *

La 9ª Sezione del Tribunale Penale di Napoli ha condannato ad un mese e 25 giorni di carcere un cameriere del prof. Raffaele d'Alise — a nome Antonio Licalsi — il quale aveva sottratto delle lettere al suo padrone e tentato di cederle al prof. Amedeo Perna di Roma; questi aveva sporto denunzia e riuscì a far sorprendere il cameriere dalla Polizia.

Il concorso per l'internato negli Ospedali di Parigi.

Si è fissato il 22 marzo per il nuovo concorso all'internato negli Ospedali di Parigi. Sono state portate alcune modificazioni nel regolamento; per es., i commissari saranno 12 invece di 9; 3 di essi verranno sorteggiati; i temi su cui dovrà farsi il sorteggio per ogni prova non saranno più 3, ma 9; il lettore dei temi verrà designato dal direttore generale dell'assistenza pubblica; un funzionario dell'assistenza pubblica controllerà la lettura.

Lotteria per ospedali nel Guatemala.

Un regolamento approvato con decreto del presidente della Repubblica del Guatemala, stabilisce le norme di una lotteria destinata a raccogliere i fondi per opere di beneficenza dipendenti dalla Direzione Generale di Beneficenza Pubblica e della Previdenza Sociale.

Le lotterie anteriori andarono a beneficio solo dell'Orfanotrofio nazionale.

Chi va a Berlino

farà bene a mettersi in comunicazioni con l'Ufficio medico d'informazioni: Kaiserin Friedrich-Haus (Berlin NW 7, Robert Koch-Platz 7). Questo ufficio dà a richiesta tutte le notizie d'interesse medico sopra ospedali, cliniche, stato sanitario, corsi di perfezionamento ecc. Le sue prestazioni sono pienamente disinteressate e gratuite.

Il medico che si reca a Berlino potrà meglio usufruire della sua permanenza se egli si metterà subito in comunicazione con detto ufficio.

La formula della vitamina C.

Si annunzia che il prof. Michels, docente di chimica all'Università di Gottinga, ha potuto determinare la formola della vitamina C (antiscorbutica) ». La scoperta preluderebbe la sintesi di tale sostanza.

È morto a Napoli il prof. FABRIZIO PADULA, direttore della 2ª Clinica chirurgica di quella Università. Era stato medico di marina; poi si era consacrato alla carriera didattica e scientifica; fu con Durante e poi con D'Antona, presso il quale e sotto i cui auspicî si svolse l'attività che doveva condurlo ai fastigi della cattedra. F.

Si è spento a 75 anni il prof. GABRIEL ANTON, emerito di neurologia e psichiatria all'Università di Halle.

Il prof. Anton è stato autore di molti studi, sull'istologia del sistema nervoso, sul decorso dei fasci nervosi, sulla fisiologia dei centri encefalici; ma il suo nome resta specialmente legato alle operazioni endocraniche decompressive, da lui ideate ed attuate, col concorso di ardimentosi ed esperti chirurgi: Schmieden, Völker, Stieda.

Numerose cattedre di neurologia dei Paesi tedeschi sono oggi occupate da allievi dell'insigne neurologo. R. M.

È morto improvvisamente il prof. sen. UMBERTO GABBI, clinico medico all'Università di Parma.

Ne daremo ulteriori notizie.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Ann. Osped. Psich. di Perugia, apr.-sett. — F. PENNACCHI. Epilessia e sindromi schizofreniche. — P. OMODEO. Sensibilizzazione delle reazioni colloidali del liquor con lo jodio.

Revue Belge Sc. Med., ag.-sett. — A. BESSEMANS e F. DE POTTER. Diatermia antisifilitica.

Deut. Med. Woch., 4 nov. — BOAS, v. REDWITZ. Trattam. dell'ulcera gastrica e duodenale. — GÉRONIE. Neurosi iperalgesica e reumatismo.

Gaz. d. Hôp., 5 nov. — P. BARDIN. La pressione venosa periferica.

Presse Méd., 5 nov. — R. Q. GUTMANN. Le intolleranze digestive.

Paris Méd., 5 nov. — Numero sulle malattie dei fanciulli.

Lancet, 5 nov. — G. GRAHAM e A. CLARK. Dieta ricca di idrocarbonati nel diabete mellito.

Ann. Trop. Med. a. Hyg., 29 ott. — D. B. BLACKLOCK. Yaws e sifilide.

Folia Med., 15 ott. — F. SANCHIRICO. Condizioni igienico-sanitarie dei lavoratori di cemento.

Riv. It. di Stomatol., ott. — A. BERGAMASCO. Le spirochete del cavo orale. — A. ARLOTTA. Le osteiti dei mascellari.

Riv. It. di Ginec., ott. — E. MARCONI. Infezione puerperale da influenza.

Giorn. di Batteriol. e Immun., ott. — A. I. LIPKIN. Fissaz. del complemento nel cancro.

Practitioner, nov. — Numero sulle malattie dell'orecchio, naso e gola.

Spitalul, ott. — D. PAULIAN e al. Cellulite e suo trattam. — D. I. VASILIN. Riflesso auricolo-uterino.

Journ. A. M. A., 22 ott. — F. H. LASHMET e L. H. NEWBURGH. Esame della funzione renale. — M. B. SULZBERGER e F. WISE. Lymphopathia venereum.

Journal A. M. A., 29 ott. — I. S. KAHN e B. F. STONT. Allergia e infezione.

Klin. Woch., 12 nov. — N. KNAUS. Compito fisiologico dello scroto. — DRUTSCH. Genesi del dolore nelle malattie reumatiche.

Bull. Trimenstr. de l'Organisat. d'Hyg., S. d. N., sett. — Crisi economica e salute pubblica.

Deut. Med. Woch., 11 nov. — KRETSCHMER. Debolezza vascolare.

Lancet, 12 nov. — W. BROWN. Suggestione, ipnotismo e volontà.

Amer. Journ. Med. Sc., nov. — S. ROSENFELD. Fusoemia nella razza bianca.

Pediatria d. Med. Prat., ott. — G. B. ALLARIA. Encefalopatie post-vacciniche.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., nov. — G. DRAPER. Educazione di un medico.

Journal A. M. A., 6 nov. — F. P. MC CARTHY e R. WILSON. Emodiscrasie post-arsenobenzoliche. — C. L. BIRCH. Emofilia.

Rinasc. Med., 15 nov. — H. BOSCH e B. CAPALDI. Modificazioni del sangue nella roentgenterapia profonda.

Surg., Gyn. a. Obst., nov. — E. ALLEN e F. O. PRIEST. Endometriosi. — F. C. HELWIG e C. B. SCHULTZ. Una sindrome epato-renale.

Presse Méd., 16 nov. — E. CHABROL e al. Secretine.

Presse Méd., 23 nov. — L. BERNARD. Il tubercolotico dopo la guarigione mediante il pneumot. artif.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 nov. — Numero sulla med. legale.

Med. Welt, 26 nov. — HOFFMANN. L'esame del liquor nella diagnosi e terapia della sifilide.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

Avviso interessante a leggersi:

È di imminente pubblicazione il Volume della Sezione Chirurgica - Anno XL (Supplemento) che contiene le seguenti **MEMORIE** scritte in onore del prof. ROBERTO ALESSANDRI, per il Suo XXX anno di insegnamento.

Ne riportiamo qui appresso l'elenco, in ordine alfabetico di Autore:

ANSCHUTZ prof. W., **Kiel**: *Prognosi dell'osteodistrofia (osteite) fibrosa localizzata.*
ANTONUCCI prof. C., **Roma**: *La doppia irrorazione arteriosa dell'arto inferiore nella cura della malattia di Buerger. (Anastomosi arteriosa ipogastrica; vena iliaca esterna).*
AUVRAY prof. M., **Parigi**: *Il Prof. R. Alessandri al Congresso francese di chirurgia.*
BAZY prof. P., **Parigi**: *Sulla nefropessi ad amaca.*
BÉGOUIN prof. M., **Bordeaux**: *Cancro del collo uterino e operazione di Wertheim.*
BÉRARD prof. L., **Lione**: *La collaborazione medico-chirurgica nel trattamento degli stati ipertiroidei.*
BOECKEL prof. A., **Strasburgo**: *Quattro casi di sdoppiamento bilaterale degli ureteri.*
BRAUER prof. L., **Amburgo**: *La valutazione della idoneità lavorativa.*
CASTIGLIONI prof. G., **Milano**: *Per la classificazione e la patogenesi della ostosi monomelica eburneizzante (meloreostosi).* Studio clinico ed anatomo-istologico.
COFFEY prof. R. C., **Portland** (Oregon): *Applicazione del drenaggio (quarantena) nella chirurgia addominale.*
CORACHAN prof. M., **Barcellona**: *Contributo allo studio della aortografia.*
COSTANTINI prof. H., **Algeri**: *L'apertura nelle vie biliari delle cisti da echinococco del fegato.*
CRILE prof. G., **Cleveland** (Ohio): *Il lobo frontale e la memoria ancestrale.*
CUTLER prof. E., **Harward** (Boston): *La pericardiectomia nella pericardite tubercolare* (con relazione di 1 caso clinico).
DANIEL prof. C., **Bucarest**: *L'actinomicosi genitale nella donna.*
DENK prof. W., **Vienna**: *A proposito del trattamento chirurgico di grosse cisti traumtiche del cervello.*
DE SMETH prof. G., **Bruxelles**: *Accidenti locali prodotti da anestesia novocaino-adrenalinica.*
DE QUERVAIN prof. F., **Berna**: *La mortalità nelle operazioni di gozzo rispetto all'età del paziente.*
DONATI prof. M., **Milano**: *Condrodistrofia della base della falange prossimale dell'alluce.*
FAURE prof. C. A., **Parigi**: *Il drenaggio del peritoneo.*
FIORI prof. P., **Modena**: *Il così detto « gozzo metastatico ».*
FORGUE prof. E., **Montpellier**: *Ciò che la erniologia deve alla chirurgia italiana.*
FREDET prof. P., **Parigi**: *L'origine degli ascessi freddi della parete toracica. Il loro trattamento razionale.*
GALEAZZI prof. R., **Milano**: *Contributo al trattamento operativo della lussazione abituale della spalla.*
GATTI prof. G. e BACCARINI prof. L., **Firenze**: *Osteopsatirosi.*
GENTIL prof. F., **Lisbona**: *Note sulla chirurgia cardiopericardica.*
GERULANOS prof. M., **Atene**: *Il trattamento dei disordini funzionali del colon.*
GRÉGOIRE prof. R., **Parigi**: *Il valore dell'ittero nelle indicazioni della splenectomia.*
GUISY prof. B., **Atene**: *Del cancro latente della prostata.*
GUTIERREZ prof. A., **Buenos Ayres**: *Qualche considerazione sopra il trattamento chirurgico del megacolon sigmoideo.*
HARTMANN prof. E., **Parigi**: *Il trattamento operatorio delle rettiti stenosanti.*
HENSCHEN prof. C., **Basilea**: *Risultati della plastica del ciglio glenoideo nella lussazione abituale della spalla.*
IACOBOVICI prof. I., **Cluj** (Romania): *Contributo allo studio del trattamento chirurgico nel diabete mellito.*
JIRASEK prof. A., **Praga**: *Il valore della radiografia epidurale con lipiodol nelle affezioni delle parti inferiori della colonna vertebrale, sopratutto di fronte all'incontinenza essenziale di urina.*
JOSEPH prof. E., **Berlino**: *Il trattamento dei tumori vescicali maligni con speciale riguardo alla chemocoagulazione intravescicale.*
JUDD prof E. S. e NORMAN prof. W. CRISP, **Rochester** (Minnesota): *Epitelioma papillare prmitivo dell'uretere.*
KANAVEL prof. A. B., **Chicago**: *La fisiologia e le diagnosi delle lesioni chirurgiche dell'addome.*
LEOTTA prof. N., **Palermo**: *Patogenesi dell'ulcera cronica dello stomaco e del duodeno.*
LICHTENBERG v. prof. A., **Berlino**: *Nota tecnica sulla prostatectomia soprapubica.*
LOWER prof. W. E., **Cleveland (Ohio)**: *Alcuni problemi di fisiopatologia della prostata.*
MARGARUCCI prof. O., **Roma**: *Sindrome addominale acuta determinata da trombosi nel territorio della vena mesenterica superiore, immediatamente successiva ad angina follicolare febbrile.*
MAROGNA prof. P., **Sassari**: *Endotelioma primitivo dell'uretere, idropionefrosi, ematoma perineale.*
MATAS prof. RUDOLPH, **Luisania** (New Orleans): *Un raro caso di cisti paraappendicolare multiloculare, policistica, sieromixomatosa degli spazi retrocecale e retrocolico.*
MAYO prof. J. W., **Rochester** (Minnesota): *Il problema del cancro.*
MEYER prof. K. A., **Chicago** (Ill.): *Sifilide dello stomaco.*
PAPIN prof. E., **Parigi**: *Sulle grandi cisti sierose del rene.*
PASCALE prof. G., **Napoli**: *Tumori infiammatori dello stomaco. Processi di autoplastica.*
PAUCHET prof. M. V., **Parigi**: *Gastrectomia per ulcera digiunale.*
PEREZ prof. G., **Roma**: *Modalità non comuni di evoluzione dei tumori da elementi tiroidei.*
PERRIER prof. CH., **Cinevra**: *Metodo di cura dei diverticoli medi della regione del trigono.*
PIERI prof. G., **Belluno**: *Sulla sintomatologia dell'ulcera peptica post-operatoria.*
PUTZU prof. F., **Cagliari**: *Sulla torsione del funicolo spermatico.*
RAZZABONI prof. G., **Parma**: *Strumite suppurativa totale disseminata soffocante. Strumectomia. Guarigione.*
ROBINEAU prof. M., **Parigi**: *La sezione parziale della radice del trigemino.*
ST. JACQUES prof. E., **Montreal** (Canadà): *Sulla gastroptosi e sulla sua guarigione.*
TADDEI prof. D., **Pisa**: *Di alcuni segni clinici per la diagnosi di cieco mobile.*
TANSINI prof. G., **Milano**: . . . .
TORRACA prof. L., **Napoli**: *Contributo allo studio dell'azione del freddo sui tessuti profondi. III. Congelazione delle capsule surrenali* (Nota prima).
TUSINI prof. G., **Genova**: . . . .
UFFREDUZZI prof. O., **Torino**: *Considerazioni e nuove ricerche sul microbismo latente patologico nei tessuti di alcuni dei più comuni campi operatori.*
VERHOOGEN prof. I. e DE GRAEUWE prof. A., **Bruxelles**: *Tumore bilaterale dei testicoli in ectopia addominale.*
WILDBOLZ prof. E., **Berna**: *Su un caso di tubercolosi primitiva della vescica.*
WILKIE prof. D. P. C., **Edimburgo**: *La mortalità nell'appendicite acuta.*
WOJCIECHOWSKI prof. A., **Varsavia**: *Ricerche sperimentali sulla formazione parascheletrica dell'osso.*
YOUNG prof. A., **Glasgow**: *Sulla cura chirurgica di alcune piccole infezioni.*
YOUNGH prof. H., **Baltimora**: *Stenosi dell'uretere da vasi sanguigni aberranti. Ricostruzione plastica senza sezione dei vasi e trapianto degli ureteri.*

Questo imponente gruppo di MEMORIE espressamente scritte per onorare il prof. ALESSANDRI, *da altrettanti insigni Maestri della Chirurgia, formerà uno splendido volume di circa 700 pagine, con 250 figure in nero ed a colori nel testo, tutto in lingua italiana, quale supplemento alla XL Annata della Sezione Chirurgica del « Policlinico ».*

Di tale volume, allo scopo di poter soddisfare le eventuali richieste di Istituti, di Estimatori del festeggiato o di Cultori delle discipline chirurgiche, oltre le copie da inviarsi in *omaggio agli autori delle Memorie, ne saranno stampate alquante in più, le quali, stante il numero tuttavia ristrettissimo della edizione e la signorilità della veste tipografica, saranno poste in vendita al prezzo di*

Lire **90**

Però, esclusivamente ai nostri abbonati che vogliano provvedersene, il volume sarà ceduto al prezzo di assoluto favore e cioè:

L. **50** per l'Italia e L. **60** per l'Estero

purchè la richiesta, accompagnata dal relativo importo e dalla fascetta comprovante la qualità di abbonato *al « Policlinco », giunga* direttamente *alla nostra Amministrazione, e per essa all'editore Luigi Pozzi - Via Sistina, N. 14 - Roma,* entro il corrente mese di Marzo per gli abbonati residenti in Italia e non oltre il 30 Aprile 1933 per gli abbonati residenti all'Estero.

ANNO XL Roma, 20 Marzo 1933 - XI Num. 12

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI SEMEIOTICA DELLA R. UNIV. DI ROMA
Direttore: Prof. G. BASTIANELLI.

Glomerulonecrosi nelle glomerulonefriti diffuse croniche con morte in uremia.

Dott. GIUSEPPE LAZZARO, aiuto.

In tre casi di glomerulonefrite cronica diffusa, morti nel corso di questo anno con sintomi uremici, l'esame istologico dei reni mise in evidenza un particolare tipo di alterazioni, specialmente nei glomeruli (glomerulonecrosi), di cui si trovano nella letteratura descrizioni non molto frequenti.

Si riportano le storie cliniche ed i reperti anatomopatologici dei tre casi.

CASO I. — C. R., di anni 29, muratore.

1918: Dopo tonsillite ebbe edemi negli arti inferiori, faccia tumida, urine scarse di colorito oscuro. Fu diagnosticata glomerulonefrite emorragica. Letto e dieta lattea per due mesi. L'albumina sarebbe scomparsa dalle urine solo dopo 6 mesi.

Da un anno forte cefalea.

6 novembre 1931: Accesso febbrile della durata di circa 10 ore, iniziato con brivido di freddo, cessato con sudorazione. Febbre sino a 40°. Da allora diarrea (8-10 scariche al giorno). Da una settimana vomito alimentare, da 4 giorni è irrequieto, delira. Entra il 22 novembre 1931.

È irrequieto, comprende a stento le domande. Scosse muscolari frequenti negli arti superiori. Lingua arida, patinosa. Respiro di frequenza 38, superficiale.

Cuore: itto al V spazio, 2 cm. all'esterno dell'emiclaveare, limite superiore sinistro III costola, il margine destro deborda 1 cm. dalla marginale destra dello sterno. Rumore sistolico alla punta. Pressione del sangue 175/95. Pupille miotiche, reagiscono torpidamente alla luce, rotulei ed achillei vivaci.

22: non ha urinato.

23: non ha urinato. Si estraggono col catetere circa 200 cmc. di urina, di aspetto torbido, di colorito giallo. P. S. 1021. Albumina 2,50 ‰. Urea 1128 mg. %. Nel sedimento: rare emazie, alcuni cilindri ialini e ialinogranulosi, cilindri grossi, tozzi (cilindri dell'insufficienza renale, secondo Addis). Urea del sangue: 3,47 mgr. %. Diarrea.

24: diarrea, non ha urinato, sonnolenza. Respiro superficiale, frequente, scosse muscolari. Exitus.

Diagnosi clinica: glomerulonefrite diffusa cronica.

Autopsia parziale dopo 3 ore.

Cuore: peso gr. 350. La punta è fatta dal ventricolo sinistro. Cavità del ventricolo ingrandita, trabecole carnee appiattite, spessore della parete del v. s. mm. 18. Non alterazioni a carico degli osti arteriosi e venosi. Spessore della parete del v. d. mm. 7.

Rene destro: peso gr. 140. Capsula in più parti aderente. Superficie finemente granulosa, colorito rosso grigiastro. Al taglio: sostanza corticale ridotta, disegno confuso.

Rene sinistro: peso gr. 100. La capsula si distacca con difficoltà. Superficie nettamente granulosa, colorito grigiastro pallido. Sostanza corticale molto ridotta, disegno confuso, limite tra sostanza corticale e midollare poco evidente.

Esame istologico: Proliferazione estesa e diffusa del tessuto connettivo interstiziale, che appare per lo più infiltrato da piccole cellule rotonde, si vedono qua e là piccole emorragie nel tessuto interstiziale e tra i tubuli. In molti campi isole di tubuli fortemente dilatati con glomeruli relativamente bene conservati e separate da tessuto connettivo denso, povero di cellule. La parete dei tubuli dilatati è tappezzata da un epitelio molto appiattito, con segni di degenerazione. Nel lume di molti di essi si trovano cellule dell'epitelio distaccate, cilindri ialini, eritrociti, assieme ad un detrito amorfo. In alcuni tubuli alterazioni degenerative dell'epitelio, si vedono talvolta qua e là anche piccole zone necrotiche. In altri punti del preparato l'epitelio dei canalicoli appare bene conservato. Nei tratti ove il tessuto connettivo è denso e povero di cellule si vedono solo residui di tubuli con lume ristretto o mancante. Vi sono anche figure da interpetrare come rigenerative, con cellule epiteliali piuttosto alte e nuclei, che si colorano intensamente con l'ematossilina.

Glomeruli di vari tipi. Solo raramente si vedono glomeruli trasformati in piccole sfere ialine, prive di struttura, alcuni lasciano ancora riconoscere i contorni delle anse, che appaiono ialinizzate e contenenti nuclei picnotici o residui nucleari. In questi glomeruli la capsula è ispessita, talvolta fibrosa, a disposizione anulare in più strati, talvolta con degenerazione ialina. In altri la ialinosi è circoscritta solo a poche anse. Altri glomeruli, specialmente nelle zone dei tubuli dilatati appaiono grandi, ricchi di nuclei. In essi a volte si vedono singole anse in degenerazione ialina, aderenti alla capsula del glomerulo in uno o più punti. Nei glomeruli meglio conservati alcune anse sono dilatate e piene di eritrociti. Lo spazio capsulare è per lo più libero, solo in pochi si nota fibrina, alcuni leucociti ed emazie, in nessuno l'epitelio capsulare è proliferato. In pochi glomeruli alcune anse appaiono completamente prive di struttura, come piccole masse granulari, contenenti residui di nuclei, talvolta si vedono anche interi glomeruli, aderenti in più punti alla capsula, trasformati in una massa omogenea o granulare, che contiene numerosi resti nucleari picnotici (alterazioni necrotiche).

Vasi. Nelle arterie grandi l'elastica interna è dovunque semplice, non si vedono alterazioni dell'intima. Nelle arterie medie si nota in alcune ipertrofia dell'elastica interna (2 o più strati), media ispessita, accenno a proliferazione dell'intima, non alterazioni dell'avventizia, solo in poche la proliferazione dell'intima raggiunge un grado piuttosto considerevole con restringimento del lume. Le alterazioni maggiori si incontrano nelle

FIG. 1. — Caso I. Ematoss.-eosina × 250. Necrosi dell'intero glomerulo, che è completamente trasformato in una massa di aspetto granulare.

arterie più piccole (interlobulari e afferenti). In molte di queste l'intima è ispessita ed il lume ristretto sino ad una fessura, non infrequentemente l'intima ispessita è in degenerazione ialina, che talvolta si estende anche alla media. In alcuni dei vasi afferenti la parete appare priva di struttura e senza nuclei, il lume è quasi completamente obliterato, mentre in altri appare dilatato con endoteli tumefatti e nuclei picnotici. Capillari interstiziali spesso pieni di globuli rossi, non emorragie.

CASO II. — D. A. R., di anni 27, muratore.
1927: Malaria.

Ottobre 1931: malessere, debolezza generale, perdita dell'appetito, cefalea, talvolta febbricola.

19 novembre: faccia tumida, edemi negli arti inferiori. Da qualche giorno vomito alimentare subito dopo i pasti. Non diarrea, urine di colorito giallo chiaro. Entra il 26 novembre 1931.

È orientato, risponde a tono alle domande. Cute e mucose pallide. Faccia pallida, tumida, lucente. Non edemi negli arti inferiori. Nulla al faringe e tonsille. Lingua umida, patinosa.

Cuore: itto al V spazio intercostale 1 cm. all'esterno dell'emiclaveare, limite superiore sinistro III costola, il margine destro deborda 1 cm. dalla marginale destra dello sterno. Rumore sistolico alla punta, che accompagna il primo tono. Pressione del sangue: 210/115.

Pupille uguali, bene reagenti alla luce ed all'accomodazione, rotulei ed achillei presenti.

Urine di aspetto limpido, di colorito giallo chiaro. Albumina 4 ‰. Nel sedimento: cilindri ialino-granulosi ed epiteliali, rare emazie. Urea del sangue: 317 mg. %. Urea urine: 1118 mg. %. Standard clearance (Van Slyke): Cs = 4,49 cmc. di sangue, liberato di urea in un minuto. Per cento del normale = 8,30.

28 novembre: L'edema nella faccia è aumentato. Emoglobina (Sahli corretto): 52.

Esame oftalmoscopico: Neuroretinite albuminurica. Emorragie a fiamma in O.O.

30 novembre: urine di aspetto chiaro. Cilindri ialino-granulosi, alcuni cilindri grossi, tozzi (cilindri dell'insufficienza renale secondo Addis).

Quantità di urina e peso specifico dal 27 novembre al 10 dicembre: 1000/1009, 840/1010, 1000/1009, 860/1011, 920/1012, 800/1011, 700/1013, 780/1009, 560/1014, 180+/1015, 180/1015, 280+/1013, 450+/1015.

Contenuto di albumina dal 4 al 10 ‰. Pressione del sangue: 210/115, 170/95, 170/90, 165/85.

1° dicembre: urea del sangue = 476 mg. %.

5 dicembre: urea sangue = 576 mg. %. Urea urine 1210 mg. %. Standard clearance: Cs = 1,60 cmc. di sangue, liberati di urea in un minuto. Per cento del normale = 2,015.

7 dicembre: urine di colorito bruno. Nel sedimento: numerosi cilindri ialino-granulosi, granulosi ed ematici. Grossi cilindri dell'insufficienza renale. Moltissime emazie.

8 dicembre: urine di colorito giallo rossastro: nel sedimento poche emazie.

Emoglobina (Sahli): 52, 50, 46.

10 dicembre: sonnolenza, frequenti scosse muscolari.

11: Exitus.

Diagnosi clinica: Glomerulonefrite diffusa cronica.

Autopsia parziale dopo 2 ore.

Rene destro: peso gr. 100. La capsula si distacca con relativa facilità, solo in qualche punto è aderente. Superficie finemente granulosa. Colorito grigio rossastro pallido, consistenza dura. Al taglio la sostanza corticale appare molto ridotta, il disegno è confuso, il limite verso la sostanza midollare poco netto.

Esame istologico: proliferazione estesa del tessuto interstiziale, la proliferazione non è uniformemente diffusa, ma irregolarmente ripartita. In alcuni punti predomina tessuto connettivo, povero di cellule, in altri il tessuto interstiziale è infiltrato da cellule rotonde, le quali formano talvolta in zone circoscritte densi infiltrati, di cui alcuni a sede periglomerulare.

Nei punti dove maggiore è la proliferazione di tessuto connettivo fibroso, povero di cellule, la struttura normale dell'organo è completamente alterata. Si vedono qua e là glomeruli, trasformati in piccole sfere ialine e residui di canalicoli uriniferi. In altri punti del preparato, campi costituiti da tubuli molto dilatati e tappezzati da un epitelio basso, che nei più dilatati è decisamente piatto. Per lo più nelle vicinanze o in mezzo a queste isole di canalicoli dilatati si vedono glomeruli relativamente bene conservati. Nel lume di numerosi canalicoli, specialmente in quelli più dilatati, si trovano cilindri ialini, leucociti, detriti cellulari. Negli epiteli dei canalicoli si dimostrano spesso alterazioni di tipo degenerativo (degenerazione idropica e ialino-granulosa) con distacco delle cellule dalla loro membrana basale. Alterazioni si trovano in quasi tutti i glomeruli. Solo quelli, che si rinvengono in vicinanza delle isole dei tubuli dilatati sono relativamente bene conservati, piuttosto grandi, ricchi di nuclei. Una gran parte è completamente trasformata in sfere ialine, prive di nuclei e senza struttura, altri, anch'essi completamente ialini, mostrano residui di nuclei picnotici, talvolta la degenerazione ialina colpisce solo alcune anse, mentre le rimanenti appaiono dilatate, ricche di nuclei. Si osservano numerosi tipi di passaggio. Nei glomeruli con degenerazione ialina parziale o completa delle anse, la capsula è fortemente ispessita, fibrosa, talvolta il glomerulo appare circondato da un anello di tessuto connettivo a più lamine, in alcuni la capsula ispessita ha subito la degenerazione ialina. Si osservano spesso aderenze capsulari circoscritte o diffuse; lo spazio capsulare è per lo più libero, solo di raro si trovano pochi leucociti e fibrina.

In una parte dei glomeruli sono dimostrabili alterazioni necrotiche. Di raro la necrosi colpisce solo anse isolate, più spesso si vedono interi glomeruli completamente trasformati in masse granulari, separate da lacune, aderenti in più punti alla capsula e contenenti residui nucleari e cellulari.

In quasi tutte le arterie ispessimento della media, modica iperplasia dell'intima, non alterazioni dell'avventizia. Nelle arteriole interlobulari e vasi afferenti ispessimento dell'intima con restringimento del lume in alcune degenerazione ialina.

CASO III. — G. R., di anni 34, manovale.

Nega malattie pregresse. Ha sempre lavorato. Dall'ottobre 1931 perdita dell'appetito, debolezza generale, febbricola. Cefalea, dimagramento.

11 dicembre: dolore puntorio alla base dell'emitorace destro, febbre continua con elevazioni sino a 38°. Entra il 15 dicembre 1931.

Al ricovero: lingua impatinata, arida, nulla al faringe e tonsille. Nutrizione scaduta, sonnolenza. Respiro profondo, di frequenza 20 a minuto.

Emitorace destro: ottusità da metà della scapola in basso. La linea superiore di ottusità segue la curva di Damoiseau Ellis. Fremito pettorale diminuito, respiro vescicolare indebolito, in basso apnea.

Cuore: itto al VI spazio, 2 cm. all'esterno dell'emiclaveare, limite superiore sinistro III costola, il margine destro non deborda dalla marginale destra dello sterno. Pressione del sangue: 190/110.

Pupille uguali, reagenti, rotulei, achillei presenti.

Puntura esplorativa emitorace destro: liquido giallo citrino, torbido, albumina 20 ‰. Nel sedimento: emazie, numerosi leucociti polinucleati e linfociti.

Urine di colorito giallo chiaro. Albumina 2 ‰. Nel sedimento: moltissimi cilindri granulosi e epiteliali, rare emazie.

Pressione del sangue: 190/110, 185/110. Emoglobina (Sahli): 44.

Esame oftalmoscopico: neuroretinite albuminurica, emorragie a fiamma peripapillari, specialmente in O. S.

Quantità di urina dal 16 al 19: 480/1011, 340/1011, 420/1009.

Urea sangue: 429 mg. %. Urea ur.: 1040 mg. %. Cs = 1,7 cmc. di sangue liberati di urea in un minuto. Per cento del normale: 3,34.

Forte cefalea, sonnolenza. Exitus il 19 dicembre 1931.

Diagnosi clinica: glomerulonefrite diffusa cronica.

Autopsia parziale dopo 2 ore.

Rene destro: peso gr. 90. La capsula si distacca con facilità. Superficie molto finemente granulosa, colorito grigio roseo. Superficie di taglio: sostanza corticale fortemente ridotta, disegno molto confuso.

Esame istologico: Proliferazione diffusissima del tessuto interstiziale, che appare in gran parte infiltrato da cellule mononucleari rotonde o allungate. In alcune zone prevalgono piccole cellule rotonde in forma di densi infiltrati, di cui alcuni hanno sede perivasale, raramente periglomerulare. Qua e là piccole emorragie.

Nei tubuli alterazioni di vario grado. Pochi hanno aspetto normale, in alcuni il lume è ridotto a semplici fessure, altri, invece, sono considerevolmente dilatati. In questi l'epitelio di rivestimento è fortemente appiattito e spesso in degenerazione idropica e ialinogranulosa. In tratti circoscritti si osservano anche necrosi dell'epitelio. Nel lume dei canalicoli sono contenute cellule dell'epitelio distaccate ed alterate, detrito amorfo, in altri cilindri ialini, leucociti polinucleati, pochi eritrociti.

Glomeruli: le alterazioni nei glomeruli sono di vario tipo. Raramente glomeruli, completamente trasformati in sfere ialine, in alcuni la degenerazione ialina colpisce solo alcune anse. Un discreto numero di glomeruli hanno aspetto pressochè normale, sono ricchi di nuclei, con anse contenenti sangue. Si vedono spesso aderenze capsulari circoscritte. Talvolta la capsula è ispessita, fibrosa, costituita da più strati di lamelle di tessuto connettivo. Lo spazio capsulare è per lo più libero, con epitelio appiattito, in pochi appare contenuta fibrina, rari leucociti, qualche epitelio della capsula desquamato. In alcuni glomeruli si vedono

FIG. 2. — Caso III. Ematoss.-eosina × 250. Tre glomeruli necrotici.

gruppi di anse necrotiche con resti di nuclei picnotici: è possibile talvolta seguire il decorso di queste anse, le quali per lo più sono aderenti alla capsula. L'epitelio capsulare è modicamente proliferato. Molti glomeruli sono completamente trasformati in una massa senza struttura, di aspetto granulare, attraversata da lacune, con molti residui cellulari e nuclei picnotici. In glomeruli così alterati si vedono spesso in più punti aderenze con la capsula, talvolta l'intero glomerulo necrotico è completamente aderente alla capsula. L'epitelio capsulare è spesso proliferato, non si osservano, però, tipiche figure di semilune.

Il numero dei glomeruli così alterati è abbastanza considerevole in questo caso.

Vasi: Nelle arterie medie, ma non in tutte, iperplasia della membrana elastica interna, media leggermente ispessita, spesso accenno a proliferazione dell'intima. Non alterazioni dell'avventizia. Nelle arterie più piccole (interlobulari) ipertrofia della muscolare, ispessimento dell'intima con segni di degenerazione ialina, talvolta ialinizzazione dell'intera parete. Il lume in molte è ristretto o quasi completamente obliterato. In alcune di esse l'endotelio appare tumefatto, con alterazioni regressive dei nuclei, in altre si nota disposizione irregolare dei nuclei, talvolta i singoli strati non sono più riconoscibili. I vasi afferenti di alcuni glomeruli necrotici sono del tutto ialini, il lume vasale in molti è ristretto o anche completamente obliterato, in pochi è dilatato e contiene albumina coagulata e qualche eritrocito.

Tra le alterazioni dei glomeruli e delle arteriole, che si possono osservare all'esame istologico nelle varie forme di malattia di Bright, quelle del tipo della necrosi o necrobiosi hanno certamente uno speciale interesse, anche perchè strettamente collegate a questioni importanti di patogenesi.

Nella vastissima letteratura sui quadri anatomo patologici delle nefriti le necrosi glomerulari e della parete delle arteriole hanno una trattazione piuttosto ristretta e sono di data relativamente recente.

A parte alcune descrizioni isolate, tra cui le più importanti sono nelle pubblicazioni di Löhlein, Stern, Herxheimer ed altri, fra i trattati di anatomia patologica dei reni è solo in quello di Fahr che si trova per la prima volta riportata una descrizione dettagliata di questo tipo di alterazioni.

Le lesioni arteriolari, conosciute dopo i lavori di Fahr, Herxheimer e Stern con il nome di arteriolonecrosi, sono state descritte per la prima volta da Löhlein nella glomerulonefrite, da Fahr nella così detta sclerosi maligna e successivamente studiate e confermate da Volhard, Baehr e Sacks, Fishberg, Murphy e Grill, Koch ed altri.

Tanto nel glomerulo che nelle arteriole la necrosi può avere un'estensione diversa: essa può interessare anse isolate o parti di esse e può infine colpire anche l'intero glomerulo, che appare trasformato in una massa omogenea o granulare, priva di ogni struttura. Sulle arteriolonecrosi si trovano esaurienti descrizioni istologiche nelle pubblicazioni di quegli autori che, come Fahr, Stern, ecc. si sono estesamente occupati di esse. L'aspetto istologico può essere così brevemente riassunto: le pareti delle arteriole renali, prevalentemente di quelle afferenti ai glomeruli e delle interlobulari appaiono completamente necrotiche, la necrosi si può estendere anche al glomerulo, spesso interessa la prima ansa; in alcuni casi il processo è limitato a poche arteriole, in altri è diffuso. Le zone necrotiche della parete delle arteriole interessate appaiono del tutto prive di struttura, talvolta di aspetto granulare, in esse si vedono qua e là residui di cellule e di nuclei alterati; nel più dei casi riesce impossibile una distinzione tra i vari strati delle pareti. In pareti così alterate penetrano facilmente globuli rossi e leucociti, in alcuni esempi possono anche attraversarle, si formano così, delle emorragie più o meno estese nel tessuto interstiziale: quando l'alterazione colpisce le anse glomerulari possono aversi anche emorragie negli spazi glomerulari. Spesso attorno a questi vasi si notano accumuli di cellule rotonde. Il lume di essi può essere ristretto, talvolta le arteriole sono completamente chiuse, spesso però (Herxheimer) il lume è considerevolmente dilatato e ripieno di globuli rossi.

Insieme alle necrosi dei glomeruli esse sono state osservate, come si è detto, nelle gravissime forme acute e subacute, talvolta anche negli stadi terminali della glomerulonefrite cronica diffusa, ma più specialmente nei casi di sclerosi maligna a decorso rapido.

Nella glomerulonefrite acuta diffusa la necrosi dei glomeruli si osserva in casi molto rari (Volhard). Fahr (1925) la nega, non avendola mai trovata nei suoi casi.

Gross illustrò con il titolo « Frische Glomerulonephritis (Kriegsniere) » un caso acuto, in cui quasi tutti i glomeruli erano alterati, alcuni trasformati in una massa priva di struttura, contenente pochissimi nuclei ed attraversata da lacune, altri in cui l'alterazione era estesa alla maggior parte delle loro anse, mentre le rimanenti erano dilatate. Gross adopera il nome di glomerulite necrotizzante.

Hückel in un caso in cui la morte avvenne solo dopo giorni 2 1/2 dall'inizio della malattia, oltre le alterazioni glomerulari tipiche della forma diffusa acuta, osservò in alcuni glomeruli necrosi circoscritte, in altri, gruppi di anse apparivano necrotici, in altri ancora tro-

vò numerosi piccoli focolai di necrosi diffusi. In alcune arteriole e specialmente nei vasi afferenti tipiche necrosi delle pareti.

Altri casi di necrosi dei glomeruli e contemporaneamente di zone più o meno estese del parenchima renale, talvolta dell'intera sostanza corticale, sono stati descritti da Friedländer e nell'eclampsia da Beneke, Klotz, Broadford, Herzog ed altri.

Nelle nefriti subacute questo tipo di alterazioni è molto più frequente. Löhlein le descrisse per il primo ed ammise che esse si trovano in una percentuale abbastanza alta dei casi. Baehr e Sacks, Jaffe le confermarono. Nei casi di Löhlein — durata della malattia circa 2-3 mesi — numerosi glomeruli e piccole zone di parenchima renale erano completamente necrotici, nelle arterie l'autore descrisse alterazioni degenerative sino alla necrosi, specialmente nei vasi afferenti. In qualche caso la necrosi della parete delle arteriole era così grave, che si erano formati piccoli aneurismi. Fahr confermò queste osservazioni e descrisse degli esempi. Volhard dice di avere più volte osservato simile reperto. Anche Fishberg in tre di otto casi di glomerulonefrite subacuta trovò necrosi di anse dei glomeruli e « arterite acuta necrotizzante » dei vasi afferenti. Ma le descrizioni più dettagliate si trovano in un recente lavoro di F. Koch, collaboratore del Volhard. Koch riporta 7 casi di glomerulonefrite subacuta, in cui tali alterazioni dei glomeruli sono estesamente descritte. Nel caso 3 l'alterazione era particolarmente diffusa e si trovarono glomeruli completamente trasformati in una massa omogenea o granulare con numerosi residui nucleari picnotici. Oltre le necrosi dei glomeruli, necrosi estese e diffuse delle pareti delle arteriole.

Anche nel lavoro di Van Slyke e collaboratori sulla malattia di Bright si trovano descrizioni simili, p. es. il caso n. 33 (glomerulonefrite subacuta - forma extracapillare di Fahr).

Nella glomerulonefrite cronica le osservazioni sono molto rare. Fishberg ha trovato grave « arteriolite necrotizzante » in un caso di glomerulonefrite cronica, che durava da circa 4 anni.

Nella lettura dei reperti istologici dei casi, osservati da Van Slyke, si trovano più volte descritte necrosi di anse dei glomeruli e di interi glomeruli (caso 20, 34, 37, 42, 43). Non alterazioni necrotiche delle arteriole. Simili alterazioni sono descritte da Volhard in un caso, durato 5 anni.

Sclerosi maligna. Un caso di una grave forma di combinazione fu descritto da Gaskell (1911) — riportato da Volhard — in un uomo di 37 anni. All'esame istologico alcuni glomeruli erano completamente necrotici. Secondo Gaskell, la causa di una tale necrosi glomerulare era con ogni verosimiglianza dovuta ad una improvvisa chiusura completa delle arterie afferenti. Un caso simile è descritto da Löhlein. Reperti analoghi si trovano anche in un caso di Stern, in tre di Herxheimer. Fahr scrive diffusamente sulle arteriolonecrosi e sulle necrosi delle anse dei glomeruli, da lui più volte osservate. Altre descrizioni si trovano in pubblicazioni di autori americani, così in 9 casi di Bell e Clawson, in 6 di Murphy e Grill, in 3 di Van Slyke, in casi di Klemperer, Fishberg e altri.

Risulta dalla casistica — e ciò importa mettere in rilievo — che tale tipo di alterazioni si osserva nei casi, che terminano con uremia. Fahr, come è noto, si servì di queste alterazioni per distinguere anatomicamente la sclerosi maligna dalla benigna. Volhard, indipendentemente da Fahr, le osservò nei casi a decorso particolarmente rapido.

Circa la causa di queste alterazioni, le opinioni degli autori sono molto discordi.

Löhlein le riporta all'azione di un « veleno glomerulare, di regola di origine batterica, che è presente per lungo tempo nel sangue circolante ». Tale modo di vedere è in parte condiviso anche da Fahr, ma egli fa notare che questa non è una spiegazione esauriente, in quanto allora in ogni glomerulonefrite di una certa durata queste alterazioni dovrebbero essere costantemente presenti, il che non si verifica. Egli ritiene, quindi, che ha forse importanza la qualità del veleno e ricorda che alcuni batteri e loro tossine hanno una predilezione speciale per le pareti vasali (aneurismi micotici nella sepsi da viridans).

L'origine tossica è ammessa anche da Fishberg. Volhard fa rilevare che nelle glomerulonefriti accanto a numerosi glomeruli gravemente alterati e non irrorati se ne trovano degli altri bene irrorati e che non presentano tali alterazioni, il che è evidentemente in contrasto con la ipotesi di un veleno, la cui azione si dovrebbe maggiormente esercitare appunto sui glomeruli bene irrorati, per cui ammette che tutte le alterazioni, compresa la degenerazione sino alla necrosi dell'intima delle arteriole possano essere spiegate solo come reazioni a gradi diversi di asfissia angiospastica; in altre parole è in gioco solo una causa la cui azione si esercita in modo gradualmente diverso e cioè: una diminuzione della corren-

te di sangue è la causa delle alterazioni proliferative e di alcune a tipo degenerativo, una cessazione dell'irrorazione la causa della necrosi. Anche Koch esprime la stessa veduta: le alterazioni necrotiche sono conseguenza di alterata irrorazione, insufficiente al mantenimento del ricambio cellulare.

Fahr, che si è specialmente occupato di queste alterazioni nella sclerosi maligna, mette in causa un danno tossico — veleni vasali specifici, che agiscono sulle arteriole — analogamente a ciò che avviene nella glomerulonefrite. Nel concetto di Fahr, specialmente la sifilide ed il piombo sono considerati fattori causali importanti. Nella maggior parte dei casi, però, essi non sono dimostrabili, per cui tale veduta non è condivisa da altri autori (Herxheimer, Stern, Fishberg, Aschoff, ecc.). Altri tra cui Aschoff cercano il veleno tra le sostanze trattenute per l'insufficienza renale (Urämiegift).

Anche per la sclerosi maligna Volhard dà una spiegazione quasi analoga a quella per la glomerulonefrite. Egli ritiene che ciò, che si aggiunge per trasformare la sclerosi benigna in maligna è il subentrare della contrazione vasale attiva generale, della ipertensione pallida. Le conseguenze di questa ischemia angiospastica secondaria, che viene a creare uno stato simile alla nefrite diffusa, sono naturalmente diverse secondo il grado di essa e secondo le alterazioni preesistenti nelle arteriole. Si spiegherebbero così i reperti simili a quelli delle nefriti acutissime e subacute, le necrosi arteriolari e glomerulari e la differente e diversa estensione di tali alterazioni. La causa del subentrare di questa contrazione attiva potrebbe forse essere ricercata in un prodotto del ricambio ad azione favorente o eccitante lo spasmo vasale, quindi una causa tossica, la cui azione si esplicherebbe indirettamente.

* * *

Nei casi, da noi studiati, oltre il reperto istologico comune alle glomerulonefriti croniche diffuse, abbiamo trovato necrosi di anse dei glomeruli e di interi glomeruli. L'alterazione era particolarmente diffusa nel caso n. 3, in cui molti glomeruli apparivano trasformati in una massa di aspetto granulare, attraversata da lacune e contenente resti di cellule e nuclei picnotici.

È interessante fare rilevare che abbiamo trovato questo tipo di alterazioni costantemente nei nostri tre casi, benchè sia proprio nella glomerulonefrite cronica, che esse sono state descritte più raramente.

È difficile dire quale possa essere la loro causa. L'ipotesi di tossine batteriche sembra insostenibile; nessun dato è a suo favore. Considerando, però, che le alterazioni di tipo necrotico sono certamente alterazioni, che durano da poco tempo, in altre parole *terminali* — il che è riconosciuto anche da molti Autori — e che esse si osservano in quei casi, che vengono a morte con sintomi uremici, sembra più facile ammettere che esse debbano riportarsi all'azione di sostanze tossiche, che sono ritenute nell'organismo per l'alterata funzione renale.

Che le alterazioni necrotiche si osservino solo di raro, ciò non costituisce per certo un'obbiezione, a parte il fatto che la loro frequenza debba essere notevolmente maggiore di quel che comunemente si crede. Niente di certo si può ancora dire sulla natura di tali sostanze e sul loro modo di azione. È, infatti, possibile ammettere che esse agiscano o direttamente sui glomeruli, o, come ritiene Volhard, indirettamente, provocando o aumentando lo spasmo vasale.

Questa ultima ipotesi è forse la più adatta a spiegare il tipo e l'estensione delle alterazioni.

RIASSUNTO.

L'A. ha studiato tre casi di glomerulonefrite cronica diffusa, di cui riporta le storie cliniche e gli esami istologici dei reni. In tutti e tre i casi, oltre il reperto comune alle glomerulonefriti croniche, si sono trovate necrosi di anse dei glomeruli e di interi glomeruli. Queste alterazioni, che si debbono considerare terminali, sono probabilmente dovute all'azione di sostanze tossiche, ritenute nell'organismo per l'alterata funzione renale.

LETTERATURA.

ASCHOFF. Path. Anatomie, Jena, 1928.
BELL a. CLAWSON. Arch. of Path., 5, 1928.
FAHR. In HANDBUCH VON HENKE. Lubarsch, Berlin, 1925.
FISHBERG. *Hypertension and Nephritis.* Lea a. Febiger, 1930.
GASKELL. Cit. da VOLHARD.
GROSS. Beitr. path. Anat., 65.
HERXHEIMER. Virch. Arch., 251, 1924.
HÜCKEL. Ibid., Bd. 268, 271.
KLEMPERER a. OTANI. Cit. da FISHBERG.
FOCH F. Krankhfrsch., 1927, 1, IV.
ID. Zeitschrift f. klin. Med., Bd. 115, 1931.
LÖHLEIN. Beitr. path. Anat., 63, 1916. Cit. da FAHR
MURPHY a. GRILL. Arch. Int. Med., 46, 1930.
STERN. Virch. Arch., 251, 1924.
VAN SLYKE e collab. Bright's Disease, Baltimore, 1930.
VOLHARD. In Handbuch der inneren Medizin. Springer, 1931.

NOTE DI TECNICA

Di una pretesa reazione specifica del glucosio.

Nota del dott. MARIO PITTARELLI.

Nella Clinica Terapeutica di Kiew il dott. Schur ha studiato un metodo di ricerca del glucosio che egli ritiene assolutamente specifico (1). Esso è fondato sull'uso del permanganato di potassio in soluzione alcalina, che il collega tedesco adopera con la seguente tecnica: In una provetta si mettono 2 cc. di soluzione di soda caustica al 10 %, e 3,5 cc. di urina filtrata, quindi si sbatte. Si lasciano poi scorrere lungo le pareti della provetta 3 gocce di una soluzione di permanganato al 2 %. Si forma subito, dice l'A., un anellino verde, che, se vi è zucchero, trapassa immediatamente in un colore rosso vivo persistente; e questa trascolorazione sarebbe, secondo lo Schur, *specifica* del glucosio.

Chi conosce le difficoltà che presenta l'analisi delle piccole quantità di glucosio negli umori dell'organismo, al leggere della comunicazione uscita da un Istituto di così chiara fama, non si sarà potuto trattenere dal pensare che si è finalmente trovata la reazione *specifica* del glucosio, che rende inutili tutte le altre e sparge il polverino dell'oblìo su tutti gli sforzi fatti da centinaia di autori con centinaia di processi (2) per eliminare le cause d'errore inerenti all'analisi del glucosio. Disgraziatamente però, quando cerchiamo di approfondire l'essenza del nuovo processo, ci si accorge subito che male esso corrisponde allo scopo dell'autore.

Anzitutto, la reazione descritta da Schur non è nuova, e nuovo non è l'uso del reattivo. Chiunque ha avuto occasione di maneggiare il glucosio a fini analitici avrà avuto, *deve* aver avuto, la tentazione di ricorrere al permanganato, il quale costituisce uno dei più usuali e usati ferri del mestiere; e se la generalità degli sperimentatori se n'è ritratta senza cavarne costrutti plausibili, non sono però mancati dei tentativi con risultamenti meritevoli di ulteriori sviluppi. Così, il Salkowski è stato uno dei primi a saggiare la reazione in mezzo fortemente acido per acido solforico: in tali condizioni il glucosio fornisce grandi quantità di aldeide formica, la quale l'eminente biochimico identificava poscia con un suo speciale processo (3). L'inconveniente di questo processo consiste nel pericolo di oltrepassare il segno, poichè l'aldeide formata in primo tempo viene essa stessa facilmente ossidata dal permanganato in soluzione solforica. E. Pittarelli eliminò questo pericolo, servendosi del permanganato in soluzione neutra: così operando il glucosio fornisce lentamente forti quantità non solo di aldeide formica, ma anche di aldeide acetica, per la ricerca delle quali l'A. suggeriva anche lui processi particolari (4). Il vantaggio di questo processo in confronto di quello di Salkowski, è che le due aldeidi si formano lentamente (8-10 ore), e in soluzione neutra resistono bene all'azione ossidativa del permanganato; la formica, specialmente, resta intatta anche per 24 ore. Infine Baeyer mise in pratica la reazione in mezzo alcalino, rilevandone la trascolorazione in verde (5).

Quest'ultima, come si vede, costituisce la reazione riesumata da Schur; sicchè dal punto di vista storico egli non ha fatto nulla che gli studiosi non sapessero prima di lui e indipendentemente da lui. Vero è che egli, praticando la reazione col metodo zonale, rileva che l'anellino verde avuto in primo tempo, trapassa immediatamente in rosso, e che *questo trapasso sarebbe caratteristico del glucosio.* Ma queste affermazioni sono dovute a interpretazione dei fatti in parte meno esatta, in parte equivoca.

Già, in via di regola, quando si tratta di sostanze organiche, bisogna essere molto circospetti prima di affermare che una data reazione sia *specifica.* Chi può credere di conoscere a fondo i caratteri analitici di tutte le centomila sostanze organiche conosciute? Noi ne abbiamo abbastanza, quando si può dire che una certa qualità sia sufficientemente caratteristica. Lo stesso Baeyer,, che fu un molto grave chimico, non qualificò punto come specifica la sua reazione, e neanche come molto caratteristica, tenuto conto che il medesimo fenomeno

(1) Münch Med. Woch., 1932; riferito da *Diagnostica di Laboratorio*, fasc. X, ottobre 1932.

(2) Secondo una statistica raccolta da me (*Minerva Medica*, 1932; *Azione Sanitaria*, 1932), i reattivi proposti finora per il glucosio ammontano a *settanta*, distribuiti in *duecentocinquantatre* processi.

(3) *Ztsch. phys. Chem.*, tom. XCIII. L'A. attacca il glucosio con permanganato in soluzione contenente il 25 % di acido solforico; poi aggiunge un pizzico di peptone, 3 gocce di cloruro ferrico diluito, e un egual volume di acido cloridrico concentrato. Scaldando blandamente, in presenza di aldeide formica si ottiene una colorazione che va dal violetto al bleu.

(4) *Ztschr. anal. Chem.*, t. XV; *Liebig's Ann.*, 188?.

(5) *Riv. Clin. Med.*, 1921. L'A. attacca a freddo il glucosio con permanganato in soluzione neutra; dopo 8-10 ore filtra, e divide il filtrato in due porzioni. Nell'una, aggiunge fenilidrazina e paramidofenolo, indi allinizza e sbatte all'aria; la comparsa di una colorazione violetta svela la presenza di aldeide formica. Nell'altra porzione aggiunge fenilidrazina ed acido diazosolfanilico, indi alcalinizza: la comparsa di una colorazione rosso-cremisi svela la presenza di aldeide acetica.

egli ottenne col fenolo, con l'eosina e con altre sostanze ancora.

Ora, tornando all'anellino verde e alla sua trascolorazione in rosso, i fatti stanno in questi termini. Va premesso che per eseguire l'esperienza in tutta la sua purezza, bisogna adoperare urina o soluzione glucosica satura di sal da cucina, perchè solo sopra soluzioni molto dense quella di permanganato galleggerà poi, com'è necessario che avvenga in tutte le reazioni zonali. L'anellino verde scomparisce perchè il permanganato, cui esso è dovuto, viene ridotto anch'esso; e allora, se lo strato di permanganato aveva una sufficiente altezza, torna a percepirsi il rosso-viola puro. Se invece l'altezza della falda permanganica è piccola e la quantità di glucosio sufficiente, allora, per una nota legge fisica, tutto lo strato a poco a poco diviene verde in primo tempo, per formazione di manganato, e rosso bruno in secondo tempo, per formazione di biossido di manganese, termine ultimo della riduzione del manganato. Breve: si possono distinguere due fasi: in una prima il permanganato rosso-viola si riduce in manganato verde:

$$\underset{\text{rosso-viola}}{2\,Mn\,O^4K} + K^2O = \underset{\text{verde}}{2\,Mn\,O^4K^2} + O$$

In una seconda fase, il manganato (*verde*) si riduce in biossido di manganese (*rosso-bruno*):

$$\underset{\substack{\text{verde}\\\text{(solubile)}}}{2\,Mn\,O^4K^2} = \underset{\substack{\text{rosso-bruno}\\\text{(insolubile)}}}{2\,Mn\,O^2} + 2\,K^2O + O^2$$

Risultato definitivo, in conformità di quanto è stato sperimentalmente trovato e stabilito dai chimici per l'azione del permanganato in soluzione alcalina:

$$\underset{\substack{\text{violetto}\\\text{(solubile)}}}{2\,Mn\,O^4K} = \underset{\substack{\text{rosso-bruno}\\\text{(insolubile)}}}{2\,Mn\,O^2} + K^2O + O^3$$

E in quanto al giuoco dei colori, la reazione si può schematizzare così:

Rosso-viola (solubile) $\longrightarrow$ Verde (solubile)
$Mn\,O^4K$ $\qquad$ $Mn\,O^4OK^2$
$\longrightarrow$ Rosso-bruno (insolubile)
$Mn\,O^2$

Ora tali fenomeni si verificano sempre che il permanganato si sottopone a processo riduttivo, ma non rappresentano nulla di specifico, e nemmeno di caratteristico, per nessuna sostanza riduttrice (6): sono, viceversa, specifici per esso permanganato, e lo caratterizzano perfettamente.

Per quanto poi riguarda l'urina in particolare, basta considerare che l'acido urico, i corpi del suo gruppo, l'urocromo e l'urocromogeno si comportano verso il permanganato assolutamente come il glucosio; anzi, la reazione dell'acido urico è ancora più veloce, perchè è istantanea, mentre quella del glucosio richiede alcuni secondi, prima che s'inizi. E non basta. Quell'umore può contenere accidentalmente o patologicamente molte altre sostanze le quali si comportano come il glucosio e come l'acido urico. Ricorderò la bilirubina, la cistina, l'acido urocanico, l'acetone, l'acido ossibutirrico, e una folla di alcaloidi: aconitina, apomorfina, atropina, chinina, cocaina, codeina, iosciamina, ioscina, morfina, narceina, narcotina, papaverina, stricnina... Sicchè per poter applicare all'urina con qualche sicurezza la reazione del permanganato, bisognerebbe in anticipo premunirsi contro una tale congerie di cause d'errore, della quale non si ha una simile per nessun altro reagente conosciuto! Ed io ho limitato le referenze a sostanze note e sperimentate; ma chi potrebbe assicurare che altre non ve ne sieno atte anch'esse ad assorbire ossigeno, e quindi a trascolorare e decolorare il permanganato? Il numero delle sostanze riduttrici in biochimica si chiama legione, e la composizione dell'urina è ancora imperfettamente conosciuta.

Più esattamente impostato risulterebbe il problema, ove il permanganato venisse adibito non per le banali proprietà decoloranti o trascoloranti, ma bensì per indurre nella molecola glucosica trasformazioni profonde che fossero, come quelle ottenute da Salkowski e da E. Pittarelli, abbastanza caratteristiche e facilmente constatabili. Ricerche da me praticate in questo senso mi hanno dimostrato che il *permanganato in soluzione alcalina converte il glucosio integralmente in acido ossalico;* e dal canto suo, l'acido ossalico ha facili e sensibili reazioni ed è, com'è risaputo, assolutamente inattaccabile dal permanganato in mezzo alcalino. La reazione è lenta a freddo: richiede qualche ora; è rapidissima a caldo, ma a caldo non si può praticarla, perchè allora reagirebbero nello stesso senso anche altri corpi, fra gli altri l'acido urico e la glicerina. Essa però è inutile ai fini qualitativi; altre reazioni si conoscono, più semplici e più rapide; potrebbe, invece, essere utilizzata quantitativamente, ma non è qui il luogo di discorrerne.

CONCLUSIONE.

La reazione dell'acido permanganico sul glucosio in soluzione alcalina non solo non è specifica, ma neanche caratteristica per il glucosio.

(6) Gli è per questi motivi che in chimica analitica generale il permanganato viene utilizzato solo per ricerche quantitative di sostanze previamente identificate e purificate (sali metallici al minimo, acido ossalico, acido tannico, ecc.).

RIVISTE SINTETICHE

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal Prof. A. ZERI.

Nuove vedute sulla patogenesi dell'emorragia cerebrale

per il dott. VITTORIO SERRA, assistente e docente.

Per lungo tempo le nostre vedute circa la patogenesi delle emorragie cerebrali si sono ispirate a criterî esclusivamente meccanici, tanto il concetto della rottura di un vaso, reso meno resistente da particolari alterazioni delle sue pareti (arteriosclerosi, aneurismi miliari, ecc.) sotto l'impulso di un'alta pressione, sembrava nello stesso tempo semplice ed esauriente.

Ma le nostre vedute in materia di ipertensione sono andate via via subendo una trasformazione profonda, a cui non poteva sottrarsi la questione dell'apoplessia che a quella è intimamente connessa.

Da qualche anno infatti è stata ripresa in Germania quella concezione patogenetica dell'emorragia cerebrale nella ipertensione che, enunciata già nel 1918 dal Rosenblath, non aveva allora avuto un'accoglienza favorevole ed era stata poi dimenticata.

Secondo questo Autore, l'emorragia cerebrale che con tanta frequenza si osserva nei soggetti a pressione elevata avrebbe dovuto mettersi in rapporto sopratutto con la distruzione massiva di venule e di capillari sanguigni nell'ambito di una determinata zona di parenchima cerebrale, che avesse prima subìto, per l'intervento di speciali sostanze di origine probabilmente renale, un diffuso processo di degenerazione e di necrosi; l'evenienza ritenuta abituale, della rottura di un unico vaso sarebbe stata invece, secondo il Rosanblath, eccezionalmente rara.

Ripresa ora, come si è detto, da alcuni Autori tedeschi (Schwartz, Westphal), modificata nei dettagli e, sopratutto, meglio ambientata nel progredito sviluppo delle nostre conoscenze sulla funzione normale e patologica dei vasi sanguigni, essa si è imposta all'attenzione degli studiosi cosicchè, specialmente in questo ultimo anno (1932) molto se ne è scritto e discusso nei giornali e nei Congressi di lingua tedesca.

Il nuovo orientamento patogenetico si basa in fondo anch'esso, come l'antico, sull'esistenza di perturbamenti del circolo cerebrale, ma non più soltanto nel senso sinora ammesso di « rottura », bensì anche — e prevalentemente — in quello di « spasmo vasale », al concetto essenzialmente organico, anatomico della lacerazione della parete di un vaso, venendosi così ad aggiungere quello più moderno, dinamico e funzionale della contrazione brusca di pareti che si trovino in uno stato affatto particolare di eccitabilità (ipertonia) e siano sottoposte a oscillazioni parossistiche della pressione sanguigna.

È allo Schwartz che risale il merito di avere nuovamente ripreso, nella sua bella monografia del 1930, codesta concezione, confortandola con le ricerche da lui pazientemente e diligentemente condotte, per anni, su numerosi malati.

Secondo questo Autore, l'apoplessia cerebrale può verificarsi per un'embolia, per un'arteriosclerosi o per una ipertonia dei vasi: nel primo caso essa è costituita da piccole e numerose emorragie, nel secondo da un rammollimento del tessuto senza fenomeni emorragici e nel terzo da un'emorragia massiva, l'« apoplessia sanguigna » veramente detta.

In tutti e tre i casi, ma sopratutto nella forma ipertonica che secondo lo Schwartz sarebbe la più frequente, il meccanismo dell'apoplessia andrebbe ricercato nel disturbo del circolo dei vasi terminali di una data regione, disturbo consecutivo alla chiusura delle arteriole afferenti per un'occlusione embolica o trombotica o per uno spasmo delle loro pareti.

Lo Schwartz insisteva sul fatto che la presenza di lesioni organiche vasali non era indispensabile per spiegare il meccanismo dell'apoplessia, giacchè questa poteva nascere semplicemente in seguito a disturbi circolatorii funzionali, a carattere angiospastico.

Tre gruppi di osservazioni, tre ordini di ricerche cliniche e sperimentali hanno certamente contribuito a determinare questa modificazione di vedute; anzitutto il concetto della rottura vera e propria di vasi arterosclerotici è andata apparendo sempre meno soddisfacente man mano che si confermava la difficoltà di trovare, nella grande maggioranza dei casi, il vaso la cui rottura potesse con certezza essere considerata responsabile dell'emorragia, mentre si accertava la mancanza di precisi e costanti rapporti tra comparsa delle emorragie e arteriosclerosi dei vasi cerebrali; inoltre anche agli aneurismi miliarici veniva recentemente negato da alcuni anatomopatologi (Neubürger) quel preciso significato patogenetico che Charcot e Bouchard avevano loro attribuito, per cui sono stati ridotti ad espressioni pure e semplici di alterazioni vasali secondarie all'apoplessia stessa.

D'altra parte oggi l'indirizzo patogenetico della ipertensione arteriosa, si è decisamente rivolto verso il concetto di un danno, anatomico o funzionale o 'uno e l'altro insieme, dei vasi periferici, consistente essenzialmente nella diminuzione permanente o parossistica del loro calibro, con tutte le inevitabili conseguenze a carico del circolo (aumento delle resistenze periferiche, elevazione della pressione arteriosa, accresciuto lavoro del cuore, ecc.) e dello stato generale (disturbi di funzione dei varii organi).

Codesto fattore vasale ha una particolare importanza nella interpretazione di quello stato ipertensivo che è detto « essenziale » ma di cui del resto non è sempre sicuramente dimostra-

bile la indipendenza da lesioni renali; esso si ritiene oggi legato ad un disturbo dell'equilibrio neurovegetativo, di natura probabilmente costituzionale (Kylin) e la sua caratteristica maggiore, che meglio serve a differenziarla dalle forme di ipertensione sicuramente renali, consiste nella sua straordinaria labilità (Kylin) per cui può presentare crisi di elevazione parossistica della pressione, separate da periodi con valori poco elevati, normali, e persino subnormali.

Codeste « crisi ipertensive » — come le ha battezzate il Pal — sono legate ad uno stato di ipertonia diffusa e costante dei vasi periferici, per cui essi rispondono a stimoli generali e locali in modo affatto particolare: i mutamenti anatomici di un tratto della parete vasale, l'influenza dei prodotti del metabolismo cellulare o la stessa dilatazione brusca che segue ad un aumento generale della pressione sono capaci di scatenare, nei vasi ipertonici, una crisi di spasmo; crisi che, a sua volta, accentua e mantiene l'ipertensione, cosicchè si stabilisce tra i due fenomeni un reciproco rapporto di causa e d'effetto.

Anche le ricerche morfologiche (Müller, Bisbini) e funzionali (Bettoni e Deleonardi, Lange, Kylin, Westphal ecc.) dei vasi cutanei in questi soggetti hanno dimostrato deviazioni dalla norma, improntate fondamentalmente ad uno stato di eccitabilità caratteristica, e a modalità di reazione affatto particolari e talora addirittura « paradosse » (Kylin), sotto l'azione di stimoli meccanici, fisici e chimici.

Infine anche le nostre conoscenze sulla fisiopatologia dei vasi cerebrali hanno fatto dei notevoli progressi; è certo anzitutto che tra irrorazione e processi vitali del cervello esiste uno stretto parallelismo; secondo Broadmann ed altri Autori persino le modificazioni fisiologiche dell'attività cerebrale come il risveglio dell'attenzione, la capacità di concentrare il pensiero su un dato argomento, l'attività intellettuale, l'intensità dei processi affettivi ecc. si accompagnerebbero a modificazioni della irrorazione sanguigna.

Il circolo porta infatti alle cellule nervose elementi nutritivi d'importanza vitale, in primo luogo l'ossigeno, ed asporta i prodotti del loro ricambio, sopratutto l'acido lattico e l'acido carbonico; qualsiasi sua limitazione si traduce quindi in una difficotà di nutrizione del parenchima e specialmente della sua ossigenazione; si comprende allora perchè, quando la durata dell'ischemia sia lunga, possano determinarsi danni cellulari anche di notevole gravità.

Tra le numerose modificazioni che il circolo endocerebrale può subire (accumulo di sangue al capo, improvviso deflusso, diminuito afflusso per csotrizione dei tronchi afferenti, edema ecc.) a noi interessa particolarmente ricordare qui quelle legate alle modificazioni « attive » del calibro vasale (Hiller).

Anzitutto, è giustificato riconoscere ai vasi del cervello la capacità di modificare attivamente il loro calibro? Oggi si crede che sì, poichè, indipendentemente dal fatto che è stata istologicamente dimostrata la presenza di determinazioni nervose perivasali nello spessore del parenchima cerebrale (Penfield) le ricerche sperimentali di Ricker, St. Cobb, Forbes, Wolff e altri hanno dimostrato che i vasi del cervello sono capaci di contrarsi e di dilatarsi attivamente sotto l'azione rispettivamente dell'adrenalina e dell'istamina; infine l'analogia della irrorazione retinica con quella cerebrale ha permesso di trarre delle deduzioni sul comportamento dei vasi cerebrali dallo studio delle modificazioni dei vasi del fondo dell'occhio.

I disturbi attivi dei vasi cerebrali, capaci di determinare modificazioni della funzione del parenchima, sono fondamentalmente lo spasmo e la dilatazione; di questi, il primo ci interessa in modo particolare; abbiamo già ricordato come si possano avere spasmi vasali generali o localizzati che portano ad aumenti parossistici della pressione; ora, queste crisi ipertensive si accompagnano spesso a segni di sofferenza cerebrale che vanno dai segni di un'ipertensione diffusa (cefalea, vomito e bradicardia) ai fenomeni a focolaio, paralitici od irritativi, gli uni e gli atri a carattere chiaramente corticale (paralisi circoscritte, epilessia a tipo Jacksoniano); la diversità della sintomatologia è legata, secondo il Pal, al fatto che l'ipertonia può interessare indifferentemente tanto le arteriole quanto le venule (ipertonia tossica) ed allora lo spasmo si risolve in un disturbo diffuso del circolo e nell'edema cerebrale generalizzato; o colpire soltanto le arteriole (ipertonia primitiva) ed in tal caso il tratto venulare che è ipotonico e si lascia passivamente distendere permette la fuoriuscita delle emazie per un meccanismo di diapedesi o di rottura, cui segue la comparsa di sintomi a focolaio.

Un comportamento del tutto analogo è stato osservato nei vasi del fondo dell'occhio, che si presentano spastici per tutto il loro decorso nella ipertonia da piombo, mentre in quella essenziale le vene sono dilatate e sede di emorragie. Qualunque siano le modalità di queste loro alterazioni, è pur certo che i vasi cerebrali partecipano alle crisi ipertensive con fenomeni di spasmo e che il parenchima così ischemizzato ne soffre, e risponde con difetti di funzione.

Questo concetto dell'« insulto angiospastico » non è nuovo e costituisce anzi la nota caratteristica nella patogenesi e nella sintomatologia della cosiddetta « pseudouremia angiogena » o primo stadio della ipertensione essenziale (Volhard) che è tutta basata sulla esistenza di stati ischemici fugaci legati allo spasmo transitorio dei vasi non solo del cervello ma anche del midollo (*claudicatio intermittens*) della retina (amaurosi) e degli arti (parestesie, ecc.).

Molte sindromi cerebrali a carattere accessionale e parossistico, come le crisi di emicrania, specialmente la forma oftalmoplegica, gli attacchi epilettici specie se tardivi (Krapf), gli episodii eclamptici della gravidanza, della pseudouremia e del saturnismo vengono ormai attribuite all'insorgenza acutissima di codesti spasmi vasali (Riesman), caratteristico è il caso recentemente riferito dal Bingold e riguardante un giovane di 22 anni che presentò in vita episodii ripetuti ed impressionanti di fugace difetto funzionale del cervello, associati anche a manifestazioni spastiche a carico di altri organi, e in cui l'autopsia non rivelò alcuna alterazione organica sia del cervello che dei suoi vasi.

C'è infine tutto un ultimo gruppo di ricerche le quali dimostrano quanto complessi siano realmente i rapporti che legano l'irrorazione del parenchima cerebrale alle oscillazioni della pressione arteriosa; già cinquanta anni fa L. Hill aveva osservato che l'anemia cerebrale che segue alla compressione dei grossi tronchi afferenti determinava un aumento della pressione arteriosa; più tardi Cushing, Winkin ed altri confermarono tale osservazione. Recentemente Raab ha osservato che negli ipertonici il parenchima cerebrale consuma una quantità di ossigeno maggiore della norma ed ha attribuito questo fenomeno alla scarsezza della irrorazione in seguito alla costrizione dei vasi; riducendo artificialmente, nei gatti scerebrati, l'apporto di ossigeno e perfondendo l'encefalo con liquido acido (a basso PH), egli è riuscito ad ottenere un complesso sintomatico che, per molti caratteri, ricorda quello dell'ipertonia (aumento della pressione, reazione paradossa all'adrenalina ecc.); basandosi su questi fatti egli ha emesso l'ipotesi che l'ipertonia dipenda da uno stato schemico ed acidotico (per accumulo di acido lattico) dei centri vasomotori del bulbo, in seguito a disturbi circolatorii, almeno in parte di carattere spastico; nel recente Congresso di Tùbingen (1932) O. Müller e Nordmann si sono dichiarati anche essi in questo senso.

Queste ricerche sono particolarmente interessanti, perchè ci rivelano i rapporti molteplici che legano lo stato ipertonico ai disturbi locali del circolo cerebrale, rapporti che, per la loro viziosa reciprocità, creano un nuovo elemento in favore delle moderne vedute patogenetiche di cui ci stiamo occupando.

La teoria vasomotoria, angiospastica della apoplessia ha trovato nel Westphal un sostenitore convinto; questo Autore, nelle ricerche sue e dei suoi allievi ha voluto sopratutto dimostrare qual danno venisse al parenchima cerebrale dall'insediarsi di spasmi vasali ripetuti o prolungati; egli ha osservato che la riduzione o la mancanza dell'apporto di ossigeno provoca una trasformazione radicale della struttura chimica della sostanza grigia (la bianca essendo più resistente), che si rivela con il rapido mutar della sua reazione da alcalina, quale è di norma, in acida.

Il dosaggio dell'acido lattico nella sostanza grigia del cervello di varie specie di animali, praticata da un collaboratore del Westphal, il Mayer, ha dimostrato che esso è cresciuto già pochi minuti dopo la morte, raggiungendo nella prima mezz'ora un valore doppio del normale ed anche di più; particolarmente sensibile si è dimostrata sotto questo riguardo la sostanza grigia dei nuclei otticostriati (che sono, come è noto, la sede di predilezione delle emorragie) e specialmente del putamen e della substantia nigra del peduncolo che, per essere più ricchi di ferro, sarebbero sede di un più attivo ricambio respiratorio.

Se la ischemia è di breve durata, l'acidosi può regredire, come ha osservato il Langerdorff; ma se essa si protrae, si determinano nelle cellule delle alterazioni non più reversibili.

Ora, lo stabilizzarsi di queste abnormi condizioni fisico-chimiche del parenchima creerebbe, secondo il Westphal, una condizione di ambiente particolarmente sfavorevole per quei vasi che l'attraversano, nel senso che l'acidosi tissulare intaccherebbe l'integrità delle tuniche vasali, colpendo dapprima la media e l'avventizia e poi, per ultima e neppur sempre, l'intima; tali alterazioni consisterebbero essenzialmente in un rigonfiamento torbido della media, nella vacuolizzazione delle pareti, nella perdita dei nuclei e nella degenerazione ialina; ma già prima che le alterazioni siano avanzate e istologicamente dimostrabili si può notare nello spessore delle pareti, ed immediatamente all'esterno di esse, degli accumuli di emazie che dimostrano come questi vasi si siano fatti abnormemente permeabili: codeste alterazioni riguardano le arteriole e anche le venule ed i capillari che, nell'ambito della zona colpita appaiono diffusamente necrotizzati.

Ora le ricerche sperimentali di alcuni allievi del Westphal hanno dimostrato che, sottoponendo un tratto di carotide del coniglio, opportunamente isolata ad una perfusione con liquidi acidi è possibile ottenere un'alterazione grave, con i caratteri già descritti, dellle tuniche vasali e specialmente della media. In tal modo il tessuto malato restituirebbe, per così dire, ai vasi tutto il danno che aveva ricevuto dal loro spasmo e da questa reciproca influenza morbosa nascerebbero, secondo il Westphal, le condizioni locali che facilitano l'insorgenza dell'emorragia. Infatti quando, superato lo spasmo, la corrente sanguigna ricomincia, spesso ancora sotto alta pressione, a circolare nella zona prima ischemizzata ed ora acidotica, attraverso vasi le cui pareti sono in preda a processi di necrosi che ne aumentano la permeabilità e ne diminuiscono la resistenza, è chiaro che l'emorragia può prodursi con la massima facilità; il danno dif-

fuso delle arteriole, dei capillari e delle venule si sostituisce così a quello unico di una singola arteria e il confluire di emorragie numerose, piccole e disseminate, alla emorragia unica e vasta.

Ricapitolando quindi, la teoria dell'apoplessia sanguigna, come appare con le modificazioni e le precisazioni apportate recentemente dal Westphal al concetto originale del disturbo vasomotorio, si basa sul concetto che angiospasmi cerebrali legati alle oscillazioni del tono vasale e della pressione arteriosa generale, ripetendosi e prolungandosi, determinino una modificazione profonda e stabile della nutrizione del tessuto cerebrale corrispondente, cui seguirebbe, in un secondo tempo, un processo di angionecrosi diffusa; il ristabilirsi della corrente in un ambiente così alterato sarebbe la causa dell'emorragia.

Si tratta perciò, come dice il Westphal, « di un processo assai complicato in cui la funzione patologica dei vasi nell'ipertensione, la straordinaria sensibilità della sostanza grigia dei corpi striati verso l'ischemia e la loro tendenza a modificazioni anatomopatologiche cooperano a determinare il grande processo anatomico dell'apoplessia sanguigna ».

È evidente che questo nuovo orientamento patogenetico si ispira direttamente alle nostre progredite conoscenze sulla funzione patologica dei vasi in genere e di quelli cerebrali in ispecie nel corso dell'ipertonia; e che tende a conciliare il fattore funzionale dell'insulto angiospastico con quello organico del danno tissulare e dell'emorragia, innestando il nuovo sul vecchio elemento patogenetico, così da renderlo più accetto alle vedute moderne e più atto a chiarire alcuni punti che la visione di un meccanismo puramente meccanico non era riuscito a spiegare.

Infatti l'intervento del nuovo fattore vasomotorio ci spiega il perchè della mancanza di un rapporto costante tra lesione arteriosclerotica dei vasi e comparsa delle emorragie, e la difficoltà con cui, al tavolo anatomico, si ritrova la lesione vasale che sia con certezza responsabile dell'apoplessia; spiega la predilezione delle emorragie per i nuclei otticostriati il cui sistema di vasi sarebbe d'altronde anche per ragioni anatomiche (diretta derivazione dalla Silviana) più facile agli spasmi; giustifica la totale scomparsa del tessuto cerebrale nell'ambito della zona colpita dall'emorragia, scomparsa che il solo stravaso di sangue non è in grado di spiegare, e che non si osserva nell'infarto emorragico; e chiarisce infine la comparsa di emorragie tardive in seguito a commozioni cerebrali traumatiche decorrenti con danno del parenchima e liberazione di sostanze nocive all'integrità dei vasi (v. Ohnnacker, Strauch e altri).

La teoria di Westphal non è stata condivisa da tutti, anche tra i sostenitori del concetto «angiospastico»; lo Schwartz, ad esempio, ritiene che le alterazioni vasali a tipo necrotico siano dovute non all'influenza dell'acidosi tissulare ma all'azione traumatizzante delle crisi di ipertensione; anche il Neubürger, pur riconoscendo l'importanza della degenerazione ialina delle pareti vasali per la genesi delle emorragie, l'attribuisce però al'azione meccanica esercitata dall'ipertensione; secondo questo Autore l'angionecrosi descritta dal Westphal dovrebbe interpretarsi come un fatto secondario, come una conseguenza insomma dell'emorragia e non come una causa di essa; e lo stesso dovrebbe dirsi degli aneurismi miliarici.

Anche Fischer-Wasels e Volhard, nel recente Congresso di Praga (1932), si sono dichiarati in favore di questa teoria vasomotoria; il primo ha parlato dell'influenza dannosa esercitata sui tessuti dallo spasmo dei piccoli vasi e sopratutto dei capillari al cui livello più attivamente si svolge il ricambio tra sangue e tessuti; ed il secondo ha esplicitamente affermato che si può parlare di una vera « digestione » delle pareti vasali da parte di prodotti di disfacimento del parenchima liberatisi per la penuria di ossigeno o per altre cause.

Il van Wulfften ha accettato anch'egli il concetto dell'importanza patogenetica degli spasmi vasali e, in base alle sue ricerche sperimentali sulle scimmie, distingue: 1) dei processi cerebrali reversibili, legati ad abnormi reazioni vasomotorie; 2) dei processi con nucleo di lesioni non reversibili, secondarii a spasmi prolungati e infine, 3) dei processi in cui i disturbi funzionali si impiantano su vasi arteriosclerotici, rappresentando allora l'arteriosclerosi la causa della irreversibilità del danno funzionale.

Tuttavia, pur concedendo all'elemento funzionale un significato patogenetico dominante, l'Autore riconosce che non possa escludersi del tutto anche quello meccanico arteriosclerotico, che solo spiega l'insorgenza di certe forme di emorragia gravissima, rapidamente mortali.

Anche il Jaffé ha sostenuto che nei casi di apoplessia, anzi in tutti i casi, secondo lui, si debba ricercare l'elemento ipertonia; l'arteriosclerosi può anche mancare del tutto cosicchè non le compete che una importanza patogenetica assai modesta; il disturbo di circolo si svolgerebbe anche per questo Autore in un territorio vasale terminale e seguirebbe allo stimolo esercitato dalla pressione sanguigna che viene a battere contro le arteriole embolizzate, arteriosclerotiche o, più spesso, spastiche (v. Schwartz).

Anche Higier, Singer, Schultz ed altri mostrano di riconoscere l'importanza dell'angiospasmo cerebrale.

Ma questa teoria ha suscitato critiche numerose, anzitutto tra gli anatomopatologi che, essendo per natura poco inclini ad ammettere qualsiasi concezione non rigidamente basata su dati organici, si sono dichiarati generalmente contrarii, sostenendo ancora la teoria

meccanica pura e semplice, e l'importanza patogenetica degli aneurismi miliarici (Beitzke). Tra i clinici, il Böhne ha vivamente combattuto la teoria vasomotoria; per lui, l'emorragia massiva è dovuta sempre alla rottura di un vaso e non risulta affatto dalla confluenza di focolai piccoli e numerosi; l'arteriosclerosi è sempre presente, e senza di lei non v'è emorragia possibile; in quanto all'ipertonia essa può assumere una certa importanza patogenetica solo indirettamente, e nel senso che si accompagna all'arteriosclerosi; egli resta solo indeciso se la rottura del vaso sia un fatto primitivo cui segua la caratteristica alterazione del parenchima o se questa ultima non sia piuttosto il primo fenomeno che, privando i vasi della contropressione esercitata dai tessuti sulle loro pareti, ne facilita la rottura.

Anche l'Hiller sostiene che in tutti i casi di emorragia sia possibile ritrovare qualche ramo arterioso alterato; gli aneurismi parietali dissecanti sarebbero molto frequenti; le alterazioni vasali sul tipo dell'angionecrosi di Westphal sarebbero invece secondarie all'emorragia, giacchè l'Autore è riuscito a riprodurle sperimentalmente iniettando del sangue direttamente entro il cervello dei conigli; in quanto alla distruzione del tessuto nell'ambito della zona colpito, essa dovrebbe considerarsi come una conseguenza dei disturbi di circolo che seguono all'emorragia stessa.

Anche altri Autori sono contrarii alla teoria funzionale, come il Wohlwill e l'Hahn il quale ritiene improbabile che uno spasmo vasale, per quanto prolungato, sia capace di determinare delle lesioni gravi e permanenti del tessuto cerebrale; obbiezione questa mossa anche dal Böhne ma a cui sembrano rispondere in modo esauriente le osservazioni di Hiller sull'esistenza di zone necrotiche ischemiche nella zona del corno di Ammone degli epilettici, e quelle di Bremer che ha dimostrato come l'esistenza di spasmi multipli dei vasi del cervello e del midollo possano creare delle sindromi morbose in tutto simili a lesioni organiche (sclerosi a placche).

Fin qui, sino ad oggi, giungono le nostre conoscenze sul problema dell'emorragia cerebrale; una conclusione definitiva non è ancora possibile, e conviene attendere, come giustamente consiglia il Fragnito, i risultati di ulteriori ricerche.

Intanto però ci sembra che l'intervento del fattore vasale funzionale spastico, nel meccanismo della patogenesi debba essere seguito con particolare attenzione dai medici pratici, appunto per l'influenza che esso esercita sulle direttive terapeutiche; è chiaro infatti che se l'ipertonia rappresenta realmente, attraverso lo spasmo vasale, il fattore patogenetico dominante, la terapia preventiva dovrà soprattutto basarsi sull'uso razionale degi antispastici e dei sedativi in genere che, diminuendo l'eccitabilità dei vasi, riducano al minimo il pericolo delle crisi ipertensive; e a tal scopo, a fianco ai rimedii chimici, gioveranno le adatte regole di vita e di dieta, specie in quei periodi in cui, come nel climaterio, il sistema vasale si trovi in particolari condizioni di labilità.

Conclusioni:

I. - La teoria patogenetica dell'apoplessia cerebrale ha subìto in questi ultimi anni una trasformazione profonda.

II. - Al concetto meccanico della rottura di un tronco arterioso si è aggiunto, ed in parte sostituito, quello di un danno funzionale di circolo a carattere spastico, interessante un gruppo di vasi terminali.

III. - Il disturbo di circolo determinerebbe un grave perturbamento nutritizio del parenchima corrispondente, creando le condizioni locali più favorevoli per la comparsa della emorragia.

IV. - L'arteriosclerosi ha perso con ciò molto del suo valore patogenetico, mentre altrettanto ne ha acquistato l'ipertonia vasale, considerata come uno stato di particolare eccitabilità dei vasi, che li rende capaci di contrarsi spasticamente in coincidenza con aumenti parossistici della pressione arteriosa.

V. - Non tutti gli Autori sono d'accordo sull'importanza e sul significato delle nuove acquisizioni; tuttavia non si può negare ad esse una notevole importanza tanto clinica che pratica.

RIASSUNTO.

L'A. passa rapidamente in rassegna le nuove vedute che si sono venute recentemente formulando sulla patogenesi dell'emorragia cerebrale, ne discute l'importanza e accenna alle influenze che esse esercitano nel campo della terapia.

BIBLIOGRAFIA

1. BEITZKE. *Die Hirnarterienaneurysmen als Quelle der apoplektischen Hirnblutung.* Beitr. path. Anat., 87, 1931.
2. BETTONI e DE LEONARDI *Reazioni pressorie... nella ipertensione arteriosa.* Osped. Magg., n. 10, 1932.
3. BINGOLD. *Schwerste angiospastische Zustände bei einem jugendlichen Kranke.* Münch. Med. Woch., 4, 1932.
4. BISBINI. *La pressione e la morfologia dei capillari nella ipertensione essenziale.* Cuore e Circolazione, II, 1931.
5. BOHNE. *Die Arten des Schlanganfalles des Gehirns und ihre Enstehung.* Beitr. Anat. Path., 68, 1931.
6. ID. *Ueber die Bedeutung der Hirnerweichung in der Pathogenese der kompakten apoplektischen Hirnblutung.* Zeit. Neur., 137, 1931.
7. ID. *Kompakte apoplektische Hirnblutung... (Klinik, Pathologie, Pathogenese).* Zt. Klin. Med., 117, 1931.

8. BRAIN and STRAUSS. *Recent Advances in Neurology*. Ed. A. Churcill, London, 1930.
9. BREMER. *Angiospasmes cérébrospinaux multiples, simulant la sclérose en plaques*. J. d. Neurol., 31, 1931.
10. FISCHER-WASELS. (V. resoconto Congresso di Praga). Zeit. f. Kreislauff., 1932.
11. FORBES. Citato da BRAIN e STRAUSS.
12. FRAGNITO. *Le malattie degli emisferi cerebrali*. Da CECONI: *Trattato Med. Int.*, Torino, I, 1932.
13. HIGIER. *Hirnblutung, Embolie, Trombose und Hirnerweichung nach den neuesten Forschungen*. Ztbl. f. die ges. Neurol., Bd. 64, 1932.
14. HILL. *Physiology and Pathology of the Cerebral Circulation*. London, 1896.
15. HILLER. *Zur Pathogenese der apoplektischen Hirnblutung*. Verh. Dtsch. Ges. inn. Med., 1930.
16. ID. *Ueber flüchtige Hirnsymptome infolge von Kreislaufftörungen*. Münch. Mediz. Woch., 37-38, 1932.
17. JAFFÉ. *Ueber das Wesen der Apoplexie*. Zeit. ärztl. Fortbil., 29, 1932.
18. KYLIN. *Die Hypertoniekrankheiten*. Ed. Springer, Berlin, 1930.
19. LANGE. *Die Gestalt der Blutcapillaren bei Hypertonie*. Deut. Arch. f. klin. Med., 152, 1926.
20. MÜLLER. *Und Nordmann Ueber die Lage eines Blutdruckregulierenden Zentrums in der medulla oblongata*. Verh. deut. Ges, f. Kreislauf. Leipzig, 1932.
21. NEUBÜRGER. *Zur Anatomie der peripheren Gefässtörungen*. Klin. Woch., 1931.
22. ID. *Gewebliche Befunde und pathogenetische Fragen bei sanguinösen Apoplexie*. Münch. Med. Woch., 12, 1932.
23. ID. *Anatomischen Betrachtungen zur Pathogenese der sanguinösen Apoplexie*. Deut. Mediz. Woch., 18, 1932.
24. OHNNACKER. *Zirkulatorisch bedingten Hirnerweichungen im Ansclusss an Sinus- und Jugularisausschaltung*. Arch. Ohr. Heilk., 131, 1932.
25. PAL. *Die Gefässkrisen*. Leipzig, 1905.
26. ID. *Ueber Gehirninsulte und ihre Behandlung*. Rev. med. ibero-germ.-amer., 4, 1931.
27. ID. *Ueber die cerebralen Insulten*. Wien. Klin. Woch., 1931, II.
28. ID. *Ueber die cerebralen Insulten und den Angiospasmus bei Hypertonikern*. Ibid., 1931, II.
29. RAAB. *Zerebromedulläre Ischämie als Ursache der sogen. « essentiellen » arteriellen Hochdruckes*. Med. Klin., 27, 1931.
RAAB. *Der zentral-nervöse mechanismus der essentiellen Hypertonie*. Verh. d. Deut. Ges. f. Kreislauf, Leipzig, 1932.
30. ROSENBLATH. *Ueber die Enstehung der Hirnblutung bei den Schlaganfalle*. Deutsch. Zeit. Nervenheilk., Bd. 61, 1918.
31. SCHULTZ. *Fragen um die Gehirnapoplexie*. Münch. Med. Woch., 48, 1932.
32. SCHWARTZ. *Die Arten der Schlaganfälle*. Ed. Springer, Berlin, 1930.
33. ID. *Apoplektische Schädigung bei der essentiellen Hypertonie*. Nervenarzt., 3, 1930.
34. SINGER. *Das pathologisch anatomische Schriftum*. Münch. Med. Woch., 8, 1932.
35. STRAUCH. *Beitrag zur Apoplexiegenese*. Arztl. Sachverst., 38, 1932.
36. VOLCHARD (V. Congresso di Praga, marzo 1932).
37. WESTPHAL. *Untersuchungen zur Frage der Entstehung des genuinen arteriellen Hochdruckes*. Zeit. f. Klin. Med., Bd. 101.
38. ID. *Ueber die Enstehung und Behandlung der Apoplexia sanguinea*. Deut. Med. Woch., 18, 1932.
39. ID. *Ueber die Enstehung des Schlaganfalles auf Grund gefässfunktionneller Störungen*. Münch. Med. Woch., 12, 1932.
40. WULFFTEN (VAN). *Ueber den Schlaganfall*. Genees. Tijd. Neederl., 72, 1932.
41. ID. *Ueber Apoplexie cerebri*. Psych., 36, 1932.
42. ZEPHIN. *Ueber das Verhalten des Blutdruckes bei Hypertonikern*. Zeit. f. Kreislauff., I, 1932.

ARGOMENTI D'ATTUALITÀ

Storia ed etiologia dell'influenza.

(F. HODER. *Medizinische Welt*, 7 genn. 1933).

La malattia a caratteri clinici poco definiti e che forse ora è quella più largamente diffusa, prese il nome d'*influenza* nel 1743 a causa delle credenza che essa fosse dovuta all'influenza, all'azione del freddo e di vicende atmosferiche. Contemporaneamente i francesi le davana il nome di *grippe*.

Durante la pandemia del 1918-1919 le fu dato il nome di *spagnuola* perchè si credette che i primi focolai si verificassero in Spagna, donde poi l'infezione si diffuse per tutto il mondo. Sta di fatto però che prima che in Spagna l'epidemia si era già diffusa in America nel gennaio e febbraio 1918 ed in Cina nel marzo dello stesso anno.

La pandemia del 1918-1919 fu una delle più importanti per diffusione e gravità di casi. Si calcola che ne fu colpita circa la metà del genere umano, senza tener conto dei casi leggerissimi o passati inosservati. Il carattere di gravità le fu conferito dalle complicazioni, di cui la più frequente fu la pulmonite. In America si ebbe la pulmonite l'1,7 % dei casi di infezione con una mortalità del 25.5 % dei casi complicati con detta localizzazione.

L'influenza non è legata a climi e stagioni. Tutte le razze ne sono colpite con la medesima intensità, con le medesime forme.

La diffusione dell'epidemia è rapidissima ed è favorita dal breve periodo d'incubazione che si calcola duri solo poche ore o al massimo qualche giorno. Ciò in relazione al fatto che il virus infettante viene assunto in forte concentrazione e si moltiplica rapidamente nell'organismo.

Il contagio avviene direttamente da uomo a uomo. Il bacillo dell'influenza è poco resistente, fuori dell'organismo muore rapidamente. Il materiale infettivo viene emesso dal malato insieme alle goccioline proiettate con la tosse, con lo starnuto, con i sospiri e anche con il parlare e viene così inspirato e depositato sulle mucose dell'uomo sano. Certamente il contagio è facilitato dall'agglomerazione nei teatri, nelle riunioni, nelle scuole e nelle chie-

se. Il contagio indiretto a mezzo di oggetti infetti, come bicchieri, fazzoletti, ecc., è quasi senza importanza, e viene del tutto esclusa la possibilità di trasmissioni a grandi distanze a mezzo dell'acqua o dell'aria o di contagio indiretto a mezzo di animali. In una grande epidemia è da ammettere che vi siano numerosi portatori di bacilli tra i sani.

Una grande importanza per lo sviluppo del contagio e sul decorso della malattia ha lo stato di resistenza dell'organismo, che dipende in gran parte dall'ambiente di vita e sopratutto dalla condizione sociale. Valgono al riguardo le seguenti cifre sulla mortalità per influenza a Bombay durante l'ultima grande pandemia. Su 1000 abitanti morirono il 61.6 ‰ nelle basse classi sociali indiane, il 18.9 ‰ tra gli indiani di classi superiori, il 19,2 ‰ tra i maomettani, il 9 ‰ tra i Paris, e solo l'8.3 ‰ tra gli Europei.

Sydenstricker in America nella stessa epidemia del 1918 trovò che su 100.000 persone ammalarono il 25.2 % tra i benestanti, il 27.2 % tra individui di classi medie, il 32 % tra i poveri ed il 36.4 % tra i molto poveri.

Prausnitz nell'epidemia di febbraio-marzo del 1932 a Breslavia notò che il contagio si diffuse con grande facilità e gravità nelle scuole frequentate da bambini le cui famiglie erano più colpite dalla disoccupazione.

Non si può escludere che la malattia conferisca una certa immunità, sono in effetti rari i casi di reinfezioni durante la stessa malattia. Ma certo essa non è permanente. Lichtenstein su 357 pazienti di influenza nel 1927 trovò che 149 avevano sofferto l'infezione durante la pandemia 1918-1919. E nei vari pazienti non fu notata alcuna differenza circa la mortalità e le complicazioni in rapporto alla forma della prima malattia.

La quistione dell'etiologia dell'influenza non è ancora sicuramente risoluta. Più accreditata è l'opinione di coloro che riconoscono l'agente patogeno nel bacillo di Pfeiffer. Numerose ricerche hanno stabilito che questo microrganismo non è ubiquitario. Si trova sempre nei malati e spesso anche nei sani durante le epidemie, e con la cessazione di queste diventa sempre più raro a trovarsi.

Per spiegare l'interdipendenza tra un'epidemia e l'altra si ammette che anche durante i periodi intervallari il bacillo di Pfeiffer sia presente e vivo quasi allo stato saprofito, per assumere periodicamente virulenza esaltata.

I comuni animali da laboratorio non si prestano allo studio dell'infezione grippale perchè non vi sono suscettibili. Anche le scimmie nelle quali la malattia si manifesta spontaneamente con forme simili a quelle dell'uomo, non si presta agli esperimenti.

Sono state ripetutamente provocate infezioni sperimentali con culture di bacilli di Pfeiffer e sono state ottenute forme morbose del tutto analoghe a quelle che si osservano nella pratica comune.

Alcuni autori hanno anche ottenute reazioni serologiche positive. Ma si tratta di fatti non costanti a giudicare dai risultati negativi avuti da altri autori.

Sono stati fatti tentativi di immunizzazione attiva mediante culture pure di bacilli di Pfeiffer. Duval e Harris trovarono che la percentuale di morbosità è molto più bassa nei vaccinati.

Stoltenberg vanta migliori risultati con un vaccino misto ottenuto con varii microrganismi (pneumococchi, stafilococchi, bacilli di Pfeiffer, diplococchi, pneumobacillo, streptococchi).

L'importanza etiologica del bacillo di Pfeiffer non è generalmente ammessa. Anche alcuni autori si sono schierati decisamente contro.

Sahli ed altri autori pensano ad un virus complesso, nel quale il bacillo dell'influenza riesce patogeno solo in quanto la sua azione è sussidiata ed esaltata da altri microrganismi.

Altri ritengono che l'agente etiologico dell'influenza appartenga ai virus ultramicroscopici. Di speciale importanza è il *batterio pneumosintes* di Plitzky e Gates, i quali nel filtrato delle acque di lavaggio del cavo rinofaringeo di malati d'influenza nelle prime 24-48 ore, trovarono un virus che iniettato nella trache di conigli si mostra spiccatamente patogeno con febbre e manifestazioni emorragiche ed edematose a carico dei polmoni. L'infezione si può passare da coniglio a coniglio. Il virus è coltivabile ed allora al microscopio si presenta sotto forma di cocco. È debolmente agglutinabile dal siero di malati, nei quali per altro non è così facilmente dimostrabile come il bacillo di Pfeiffer. Comunque occorrono altri studi per confermare l'attendibilità di queste ricerche.

L'etiologia dell'influenza, come s'è detto, è ancora non del tutto chiara, anzi è ancora oscura. Gli argomenti che si portano pro e contro il bacillo di Pfeiffer hanno tutti una certa importanza, ma non sono decisivi.

La tendenza che ora ha più sostenitori è quella che attribuisce l'influenza ad un'infezione mista. Un virus specifico aprirebbe la via a vari germi secondari, che hanno molta parte nel determinare e condizionare le manifestazioni morbose. La varietà dei casi sia in rapporto alla gravità come al genere e localizzazione delle complicazioui, come il decorso delle epidemie, darebbero ragione a questa opinione.

DR.

☛ *In uno dei prossimi numeri daremo:*

SEPSI MENINGOCOCCICA PREMENINGITICA

(Considerazioni cliniche)

Lezione del Prof. LUIGI PRETI, Direttore dell'Istituto di Patologia Medica della R. Università di Parma.

SUNTI E RASSEGNE.

CIRCOLAZIONE.

Essenza e cura della debolezza circolatoria nelle malattie infettive.

(G. GANTER. *Zentralbl. f. inn. Med.*, n. 47, 1932).

Nelle malattie infettive l'organismo viene invaso da sostanze tossiche che ledono più o meno tutte le cellule dell'organismo. La maggior parte degli organi per lo più non presenta però danni funzionali evidenti. Un'unica funzione di importanza vitale risente in modo particolare l'azione delle sostanze tossiche: la circolazione. Il comportamento della circolazione è l'elemento decisivo per la sopravvivenza o per la morte dell'organismo colpito da malattia infettiva. Fino a non molto tempo fa si riteneva che il collasso circolatorio fosse in rapporto con una insufficiente funzionalità del cuore: in seguito si è riconosciuto che debolezza cardiaca e debolezza circolatoria sono due sindromi diverse, con quadri clinici ben distinti.

Nell'insufficienza cardiaca predominano la cianosi e la dispnea, le vene sono turgide; la pressione venosa aumentata, il fegato ingrandito, le arterie tese, il polso non sempre accelerato; nell'insufficienza circolatoria predomina invece il pallore cutaneo, le vene cutanee sono appena visibili, la tensione venosa è diminuita, mancano la tumefazione del fegato e gli edemi, il polso è accelerato, piccolo e molle; la pressione arteriosa è diminuita. Nelle malattie infettive predomina il quadro della insufficienza circolatoria: questa è stata in un primo tempo attribuita alla paralisi del centro vasomotorio, più tardi alla paralisi del sistema capillare.

Il metodo dell'A. considera, più che il comportamento della pressione del sangue, lo stato di tono delle pareti arteriose. Con questo metodo egli ha potuto dimostrare che varie sostanze tossiche generalmente considerate come veleni capillari (arsenico, veronal, istamina, sali di oro) non agiscono soltanto sui capillari ma molto più sul tono delle arteriole. Le dette sostanze agiscono direttamente sulla muscolatura delle pareti arteriose, infatti l'effetto non cambia se si esclude l'azione del sistema nervoso autonomo per mezzo di farmaci adatti. Identici risultati si ottennero con le tossine batteriche: tutte le tossine esaminate diminuirono rapidamente il tono delle pareti arteriose. Questi risultati permettono di concludere che il collasso tossico che uccide gli ammalati di malattie infettive è in rapporto con un rilasciamento muscolare e quindi con una dilatazione di tutte le arterie della grande circolazione. La diminuzione della pressione del sangue non dipende dunque da un difetto della forza del cuore ma dal fatto che il cuore pure lavorando in modo valido non incontra sufficienti resistenze, versa quindi il sangue in un sistema di tubi troppo ampi. Infatti negli esperimenti si vede diminuire la pressione quasi istantaneamente nel momento in cui si inietta la tossina nell'aorta dell'animale. In tali condizioni il cuore batte più rapidamente per compensare le sfavorevoli condizioni circolatorie. Se la diminuzione del tono delle pareti vasali aumenta ancora fino ad oltrepassare un certo limite, tutta la quantità di sangue non basta a riempire il sistema vasale dilatato. Il sangue scorre in un serbatoio praticamente sconfinato: le differenze di pressione che in condizioni normali mantengono la circolazione spariscono, si ha una stasi della circolazione.

Nella cura delle malattie infettive importante è non permettere che il danno circolatorio arrivi a tale punto. Farmaci che agiscono sul cuore hanno uno scopo soltanto in primo tempo fino a che un aumento della forza cardiaca ha per effetto un migliore riempimento dei vasi; in tale stadio però il pericolo che corre l'organismo non è ancora gravissimo. Dal momento in cui minaccia la stasi invece, gli stimolanti del cuore non potranno più giovare; l'azione cardiaca, anche se aumentata al massimo, non ha più effetto perchè il sangue non arriva più al cuore in quantità sufficiente. In tale stadio potrà attendersi qualche risultato solo da farmaci che riescano a restringere il letto circolatorio, ad aumentare cioè il tono delle pareti vasali. Tra questi occupa il primo posto l'adrenalina; la sua azione si manifesta però soltanto in seguito ad iniezione endovenosa ed è rapidamente transitoria. Più utili sono quindi le sostanze ad azione adrenalinica, efetonina, efedrina, simpatolo, ecc.; è consigliabile alternare i vari preparati. L'azione tonica di queste sostanze (efficaci anche per os) non si protrae mai oltre poche ore: nello stadio critico della malattia la somministrazione non va quindi interrotta neppure durante la notte. Una analoga ma minore azione vasocostrittoria esercita anche l'alcool in dosi leggere.

Anche la più razionale terapia dell'insufficienza circolatoria non riesce però a salvare tutti gli ammalati di malattie infettive. Si tratta infatti di una cura sintomatica, che sostenendo la circolazione dà tempo all'organismo di lottare contro l'infezione. Se questa è tale da rendere vana la lotta, il paziente dovrà finire per soccombere nonostante tutti gli sforzi terapeutici.

POLLITZER.

Elementi di diagnosi e di terapia dei disturbi cardiaci di origine digestiva.

(M. BASCOURET. *Journal médical français*, settembre 1932).

L'evoluzione delle diverse manifestazioni è già di per sè caratteristica. Lungi dal trovare il carattere continuo dei sintomi propri delle

cardiopatie organiche, si ha qui la discontinuità ed un andamento capriccioso. Vi sono dei giorni, dei periodi, in cui il paziente non avverte nulla e poi improvvisamente, durante il riposo od il sonno, si hanno dei parossismi di durata variabile e che nulla in apparenza può spiegare. Tale evoluzione intermittente segue, *grosso modo*, il ritmo di certe funzioni ghiandolari di stati psichici, ovvero è in dipendenza di oscillazioni del funzionamento digestivo.

Si ha inoltre una specie di orario, sia nettamente post-prandiale, sia in rapporto col nictemero (alla fine della giornata dopo il pasto della sera, nella prima parte della notte, ovvero al mattino a digiuno, specialmente nei vagotonici).

La statica del corpo ha pure grande importanza (effetto sedativo del decubito supino, dispnee di attitudine).

Le nozioni di orario e di statica del corpo diventano meno nette quando la malattia si prolunga ed i disturbi digestivi tendono alla cronicità o si aggravano. Con la ripetizione degli episodi, lo squilibrio neuro-vegetativo si accentua e le condizioni per la produzione dei disturbi cardiaci si moltiplicano; bastano lievi occasioni ed i pazienti finiscono talvolta per essere continuamente torturati dalle palpitazioni o da vari disturbi perdendo la quiete ed il sonno. In tal caso questi pazienti possono dare l'impressione di cardiaci gravi, mentre invece manca ogni segno di lesione.

È spesso difficile mettere in evidenza i disturbi digestivi, che rimangono nell'ombra in confronto di quelli cardiaci. Qui si rivela l'abilità del medico nel raccogliere l'anamnesi, tenendo presenti le varie cause che possono determinare tale sindrome: dispepsie, ptosi, coliti, più raramente la colecistite. Va sempre ricercata la pneumatosi gastrica e colica (che dà segni spesso transitori) come anche ogni causa di deglutizione (tic, scialorrea eccessiva, che spesso è un segno secondario di dispepsie, di ptosi). Importante è il ricercare la ptosi, che può aversi anche in individui che si sono ingrassati ed in cui il cingolo addominale rilasciato favorisce il ventre pendulo.

L'assenza di lesioni cardiache organiche è uno dei punti capitali dell'esame; essa fornisce una maggiore garanzia per il medico che può, in base ad essa, assicurare che si tratta di disturbi innocui, soprattutto se il paziente è giovane. Per evitare ogni confusione, è bene però conoscere alcune anomalie transitorie che possono trovarsi. All'ascoltazione, si avverte talora un eretismo cardiaco, con battiti vibranti e talora con lievi soffi alla punta. Altre volte, i toni sono deboli, reperto che può alternarsi con quello precedente, il che costituisce un altro carattere di questi disturbi. All'elettrocardiografo, si ha un'anomalia spesso transitoria, l'elevazione delll'onda T, fatto che non ha valore pronostico.

Il giudizio deve essere più ponderato e riservato negli individui dopo la cinquantina, in cui qualche lieve segno obbiettivo può trovarsi.

Importante è il reperto del *punto frenico doloroso* localizzato al III-IV spazio intercostale a sinistra dello sterno. Raramente questo dolore è subbiettivo, mentre invece è determinato dalla pressione locale, che provoca il movimento di retrazione del torace ed il lamento del malato.

Un buon argomento clinico è dato dal *terreno nervoso*: l'abito del paziente, la sua volubilità, gli antecedenti, l'influenza sempre netta delle emozioni, l'esame delle funzioni neuro-vegetative e dei loro riflessi,

Particolarmente importanti sono le *modificazioni del polso*: 1) Bradicardia media (50-60 pulsazioni) più marcata in posizione supina, specialmente al mattino, quasi assente la sera (indice dello stato vagotonico); 2) La tachicardia, più frequente (110-120 all'emozione suscitata dalla visita; può salire a 130-140 per un lieve sforzo). Indica lo stato simpaticotonico ed è spesso associata all'eretismo cardiaco. Sempre predominante è l'instabilità del polso.

Elemento importante è anche l'*aritmia respiratoria*, di origine vagale, che si riscontra specialmente con la bradicardia.

Tutti questi fatti sono l'espressione dello squilibrio o della instabilità neuro-vegetativa e costituiscono un complesso neuro-digestivo, di cui le componenti si sovrappongono e si influenzano; il problema diventa ancora più complicato se altri stati (menopausa, affaticamento, dimagrimento) od intossicazioni (caffè, thè, ecc.) si aggiungono per accentuare lo squilibrio.

TERAPIA.

Il trattare questi malati con dei rimedî cardiaci, od anche con dei sedativi nervosi, significa fare opera nulla o tutt'al più lieve e transitoria. La questione primordiale consiste, invece, nel trattamento dello stato digestivo. Non è il caso di insistere sulla necessità di regolare l'igiene alimentare secondo i principî classici istituendo un regime adatto al singolo caso.

Indicazioni speciali sotto tale punto di vista esigono certe aerofagie pure che non dipendono da gastro-enteropatie croniche: cure locali delle gengiviti che producono scialorrea, guarigione del tic di inghiottimento mediante l'uso di un bocchino da fumatore per l'uomo e di un nastro serrato al collo per la donna, allo scopo di eliminare i movimenti incoscienti di deglutizione; (questi mezzi presen-

tano il pericolo di richiamare l'attenzione del paziente e di esagerare il tic — *N. del red.*).

Notevole è l'utilità di portare una cintura antiptosica, per gli individui con gastro-enteroptosi; essa va applicata in decubito supino, col bacino rialzato e deve prendere un largo punto di appoggio sulle ossa iliache.

L'A. insiste particolarmente sulla terapia medicamentosa, la quale si riduce a pochi medicamenti, e cioè:

1) *Il carbone polverato*, di notevole azione assorbente ed antifermentativo; è indicato particolarmente nei casi di enterite con feci fetide e diarroiche; invece è poco efficace nei casi di aerofagia pura, perchè l'azoto (introdotto con l'aria) è assai scarsamente assorbibile. È soprattutto consigliabile il carbone attivato.

2) *Il sottonitrato di bismuto* offre notevoli vantaggi. L'effetto più spiccato è quello sedativo del dolore, degli spasmi e delle reazioni nervose e circolatorie anormali, nei vagotonici, come nei simpaticotonici. Lo si dà a venti grammi al giorno, in due volte (una mezz'ora prima dei pasti nelle gastro-enteriti dolorose con riflessi diversi) od in tre volte (quando predomina la diarrea). Con questa dose di venti grammi al giorno, continuata per 10-20 giorni al mese, il medicamento ha inoltre un'azione leggermente lassativa, per la sua azione antispasmodica.

Tale medicazione, lungi dall'essere tossica, è di assoluta innocuità.

3) *Il caolino* possiede lo stesso effetto, sebbene in grado minore; la sua principale utilità consiste nel minor prezzo del bismuto, sicchè può sostituirsi in parte ad esso (per i 2/3 od i 3/4).

Il trattamento dello stato nervoso passa in seconda linea e va considerato come un supplemento della terapia digestiva.

Oltre alle misure di igiene (riposo, soppressione delle cause di fatica, ecc.) e di psicoterapia, sono da prendersi in considerazione i sedativi: valeriana, bromuri, gardenal a dosi frazionate e soprattutto la belladonna e l'eserina. La prima trova l'indicazione a dosi un po' forti nei disturbi accompagnati da bradicardia. L'eserina, invece, va somministrata negli stati di eccitazione simpatica; antagonista dell'adrenalina, tende soprattutto a calmare i fatti di eretismo vascolare ed a diminuire la frequenza del polso. La sua azione elettiva viene realizzata specialmente nelle sindromi solari, in cui riduce rapidamente e sicuramente i battiti epigastrici, talvolta tanto angosciosi, oltre alle vampe di calore, le vertigini, le crisi di oppressione, i disturbi vaso-motori delle estremità.

Utili sono altresì i sali di chinina, specialmente il valerianato nei casi di eretismo cardiaco e soprattutto di aritmia.

Importante è anche il *trattamento degli stati associati*, per es., dei disturbi della menopausa, del dimagrimento, della grande astenia, come pure dello stato tiroideo o di intossicazioni (thè, caffè, ecc.).

Qualunque sia però il polimorfismo della affezione, non si dovrà istituire subito una terapia polivalente, ma procedere per tappe, incominciando dapprima, specialmente nei casi dubbi, con la terapia bismutica che, il più delle volte, ridurrà ad un'espressione semplice un problema che sembrava complicato.

fil.

La pressione del sangue nell'asma bronchiale.

(J. Gutmann, *Münch. med. Wsch.*, n. 22, 1932).

Il comportamento della pressione sanguigna nell'asma bronchiale nella pur numerosa letteratura sull'asma non trova adeguata trattazione. Le opinioni degli AA. che di tale argomento si sono precedentemente occupati son per di più contradditorie: gli uni parlano di ipotonia, gli altri di ipertonia, altri ancora di valori variabili in alto e in basso della pressione. Tale insufficienza degli studi sul dato pressorio nell'asma bronchiale è tanto più da deprecarsi, quando si ponga mente che i mezzi che più efficacemente sono posti in opera per combattere l'accesso asmatico appartengono ai medicamenti della serie adrenalinica appunto per i loro effetti in generale ipertensivi.

Ora non si deve correre il rischio, usando tali medicamenti nell'ignoranza dello stato della pressione nel singolo ammalato, che, accanto alla desiderata azione spasmo litica, altre azioni nocive si esplichino a carico di altri territori dell'organismo.

L'A. ha studiato dal punto di vista della pressione sanguigna 300 asmatici, usando il metodo ascoltatorio secondo Korotkow, facendo misurazioni ripetute, in posizione supina, *fuori accesso*. Ha avuto cura di escludere dalla sua casistica gli ammalati con gravi complicanze, quali cardiopatie, nefropatie, tubercolosi.

I dati, posti a raffronto coi valori di individui normali di eguale età, mostrano una sorprendente quasi esatta corrispondenza con questi ultimi, eccezione fatta per quelli riferentisi a individui dai 50-59 anni in su, più alti dei normali.

Specificando: valori al di sotto di 110 mm. di mercurio negli uomini furono trovati in 12 casi valori al di sotto di 100 mm. nelle donne in 6 casi: percentuale 6. Valori sopra 150 mm. di mercurio in 18 casi: percentuale 6. In complesso 88 % degli ammalati esaminati mostrarono valori pressorii normali in *periodo interaccessuale*.

Ciò che s'allontana dalla norma in questi ammalati è la *labilità* del sistema vasale: il ra-

pido mutare della pressione sanguigna, l'incostanza delle reazioni, e soprattutto il comportamento singolare di fronte alle sostanze adrenalino-simili. Si sa dell'adrenalina che in dosi terapeutiche piccole essa esplica un'azione difasica, può cioè produrre tanto un abbassamento quanto un innalzamento della pressione sanguigna; da tener presente a questo proposito lo stato di ipotonia secondaria, che porta talvolta addirittura al collasso, conseguente all'impiego di forti dosi di adrenalina. Ora la quantità, nelle quali l'adrenalina agisce rispettivamente nell'uno o nell'altro senso, soggiacciono a forti variazioni individuali ed anche nello stesso individuo differiscono in momenti diversi. Nell'asma bronchiale per lo più si è trovata una reazione pressoria vagotonica.

Kylin la trovò 38 volte su 40 casi dopo iniezioni di 1 mmgr. di adrenalina sotto cute; rilevò una caduta primaria della pressione fino anche a 25 mm., giammai un aumento primario. La dose di 1 cc. di adrenalina, secondo il nostro A., non è già da considerarsi come una piccola dose, ma al contrario come una dose enormenente alta, ed ammonisce che appunto per l'impiego di cosiffatte dosi si sono osservate le più gravi ipotonie secondarie con sintomi inquietanti di collasso.

Ad ovviare a queste irregolarità e a questi inconvenienti nell'uso dei preparati adrenalino-simili l'A. ha usato con successo un nuovo preparato detto Sympatol, che, pur differendo dall'adrenalina soltanto per la perdita del gruppo ossidrico in posizione meta, s'è dimostrato capace di combattere gli effetti dannosi sopraddetti, di regolarizzare il circolo, e possiede per di più in ben più scarsa misura dell'adrenalina la tendenza a produrre extrasistoli ventricolari.

Prescindendo da considerazioni teoriche sui rapporti fra asma bronchiale, pressione sanguigna e adrenalina, importantissimi per la patogenesi dell'accesso secondo la Scuola di Hering, non da tutti ammessi, per rimanere nel campo dell'esperienza clinica, è certo che l'uso di preparati contenenti adrenalina è utile per combattere l'accesso asmatico e che d'altro canto l'impiego di questi porta con sè in generale un aumento della pressione sanguigna o comunque un disquilibrio pressorio, che rappresentano un effetto dannoso concomitante e inevitabile almeno per ora.

L'adrenalina è secondo l'A. particolarmente da evitarsi a causa dei suoi effetti tossico-degenerativi sui fasci muscolari del cuore e sulla parete dei vasi e a causa del suo contraccolpo parasimpatico. In ogni caso è opportuno nell'ammalato singolo accertarsi dello stato della pressione del sangue prima di mettere in opera i provvedimenti atti a combattere l'accesso, e di scegliere fra questi quello che appare più adatto al singolo ammalato.

MOLINARI TOSATTI.

Affezioni viscerali da trombosi arteriosa.

(L. A. CONNER. *American Journal Medical Sciences*, n. 1, 1933).

La patologia e la clinica hanno sufficientemente definite le sindromi morbose determinate da trombosi delle arterie del cuore e del cervello.

Molto scarse invece sono le nostre conoscenze riguardo all'anatomia patologica ed alla clinica delle trombosi aretriose di altri organi (pancreas, milza, reni, intestino, fegato, polmoni).

Non è dubbio che le lesioni arteriose (arteriosclerosi) che sono l'origine della trombosi cardiaca e cerebrale sono altrettanto frequenti negli altri organi. Se si tiene presente con quale frequenza, forse con quale costanza, i vasi renali partecipano al processo di sclerosi generale dell'albero arterioso, vien fatto di pensare che tutte le arterie penetranti nei vari organi sono colpiti dalla stessa lesione.

In conseguenza si deve ammettere che negli altri organi esistono le condizioni necessarie per il determinarsi della trombosi. E gli infarti che s'incontrano alle necroscopie provano in effetti come una tale evenienza sia tutt'altro che rara.

Ed allora conviene domandarsi perchè la diagnosi di trombosi degli altri organi si fa così raramente o non viene fatta del tutto, mentre quella del cuore si fa così facilmente.

Tal fatto si deve innanzi tutto attribuire alla circostanza che la trombosi delle coronarie provoca frequentemente morte improvvisa, e quindi la conferma della diagnosi si ha più prontamente. D'altra parte il dolore e certi altri sintomi sono più patognomonici che per la trombosi di altri organi. L'elettrocardiogramma è di solito caratteristico, il cuore è più accessibile all'esame che consente il rilievo di sintomi peculiari, mentre gli altri organi non offrono condizioni analoghe.

La trombosi degli organi addominali provoca molto più raramente la morte, e quindi manca il controllo necroscopico. Mentre il dolore e gli altri disturbi sono tutt'altro che caratteristici, e sono facilmente confondibili con quelli provocati da altre sindromi addominali acute.

Tuttavia non può esservi dubbio che col progresso della scienza diagnostica deve essere possibile fare l'accertamento clinico delle trombosi viscerali.

È da ritenere che alcuni sintomi, come la febbre e la leucocitosi, dipendenti dalla reazione infiammatoria provocata dalla presenza dell'infarto, debbano essere analoghi a quelli prodotti dalla trombosi coronaria. Mentre gli altri sintomi generali, lo shock, il pallore, il sudore, il vomito l'abbassamento della pressione saranno meno pronunziati, in relazione al fatto che il cuore è il centro della circola-

zione ed in conseguenza la sua alterazione improvvisa determina fatti generali imponenti.

Gli altri sintomi, come il dolore ed i disturbi funzionali, dovrebbero essere differenti nei varii organi.

Comunque sembra che per la diagnosi di trombosi viscerale abbia grande importanza il fatto che il dolore precede di qualche ora l'inizio della febbre.

Per quel che riguarda i reni si può sospettare la trombosi quando in un individuo arteriosclerotico si manifesta un dolore al fianco seguito da febbre, leucocitosi ed ematuria.

Ma se la diagnosi di trombosi di alcuni organi (reni, milza ecc.) può riuscire probabile, difficoltà forse insormontabili presentano la stessa diagnosi per altri organi che, come il fegato o i polmoni, hanno una doppia circolazione, o, come la tiroide e l'utero, hanno una circolazione bilaterale. È ovvio che in questi casi il deficit circolatorio è subito compensato e manca quindi ogni apprezzabile alterazione funzionale, a meno che non si tratti della trombosi di una grossa arteria.

Allo stato dei fatti mancano elementi sicuri per la diagnosi di trombosi viscerale, ma non è dubbio che gli sforzi combinati di anatomopatologi e di clinici riusciranno a dare al riguardo un utile orientamento. DR.

ORGANI DIGERENTI.

Sul significato e sulla cura del meteorismo e stati affini.

(L. BOGENDORFER, *Die Med. Welt.*, 8 ott. 1932).

Il meteorismo consiste essenzialmente in un riempimento eccessivo del tubo enterico da parte di gas che in notevole quantità permangono nell'intestino.

La causa di ciò è da ricercare nella maggior parte dei casi in uno stato dispeptico del canale enterico.

Si distinguono due tipi di dispepsia intestinale (Schmidt): la *dispepsia putrefattiva* e la *dispepsia fermentativa.* Per quanto questa distinzione ed ancor più il meccanismo patogenetico che essa implica, possano essere oggi considerate come teoriche, pure nella pratica essa può essere utile.

La dispepsia putrefattiva si accompagna quasi costantemente ad una insufficiente digestione delle albumine; è possibile in tali casi riscontrare nelle feci resti di fibre muscolari e di tessuto connettivo, le feci hanno reazione alcalina, odore da putrefazione; nell'urine è presente l'indacano. Nella dispepsia fermentativa invece le feci sono per lo più di colore giallastro, presentano bollicine di aria, danno reazione acida. Fenomeni fermentativi hanno luogo anche fisiologicamente nell'intestino; e basta una dieta ricca in cellulosa per aumentarli: ma questo aumento può essere accentuatissimo, è quindi patologico se si viene ad aggiungere al quadro una diminuita capacità digestiva verso i carboidrati.

Questa presenza di un'abnorme quantità di gas nell'intestino porta alla sensazione subiettiva caratteristica di ripienezza addominale. Questo stato può anche dare manifestazioni obiettive, ma generalmente i prodotti della fermentazione o della putrefazione eccitano la peristaltica intestinale ed i gas trovano sfogo verso la via naturale (flatulenza). Quando ciò avviene i disturbi subiettivi non sono mai troppo accentuati: lo divengono invece quando i gas, per cause meccaniche o per uno spasmo riflesso, provocato dall'irritazione dell'intestino, non possono essere eliminati: si ha allora la *colica ventosa;* i punti più dolorosi corrispondono a quelli nei quali già fisiologicamente esiste un certo restringimento dell'intestino (flessura epatica e splenica).

Da ricordare che anche nel decorso di un catarro cronico dell'intestino o di una achilia pancreatica si può avere una atonia secondaria dell'intestino ed una debolezza motoria di esso, che è causa di notevole meteorismo.

Anche in alcune speciali forme di stitichezza, per una eccessiva decomposizione del contenuto intestinale si può avere meteorismo e flatulenze, per quanto ciò non sia fatto frequente.

In alcune persone poi, considerate come *nervose*, non è possibile riconoscere l'origine di tali disturbi nè in una diminuita capacità di riassorbimento intestinale nè in disturbi della fermentazione intestinale: è indubbio che si tratta in tali casi di una ipereccitabilità della muscolatura intestinale da parte dei gas che comunemente trovansi nell'intestino: è caratteristica la non fetidità di queste flatulenze *nervose.*

Analogamente al meteorismo può anche essere considerata patologica la presenza di aria in quantità eccessiva nello stomaco. Il meccanismo d'ingresso di quest'aria nello stomaco per mezzo della deglutizione è noto ed è anche fino ad un certo punto fisiologico anzi necessario alla regolazione della pressione nell'interno dello stomaco: ma quando il fenomeno è esageratamente sviluppato si giunge al quadro della *aerofagia*: *il morbus ructuosus* è una delle forme sotto cui questa si manifesta; quando cioè le contrazioni gastriche riflesse scacciano via attraverso il cardias e lo esofago l'aria che era stata prima inghiottita: ma non sempre ciò si verifica e allora lo stomaco può distendersi fino a rendere visibili i suoi limiti sulla parete addominale.

Gli aerofagici sono comunemente considerati come isterici: ma l'aerofagia può anche essere espressione di una malattia organica dello stomaco anzi è specialmente frequente nell'ulcera della piccola curvatura. Fra le complicazioni che la malattia porta spesso con

sè sono da considerare i disturbi cardiaci: si può così installare la *sindrome gastrocardiaca* di Römheld che si manifesta con estrasistoli, e attacchi stenocardici oppure semplicemente con sensazioni spiacevoli di pressione precordiale.

Passando ora alla terapia di questi stati morbosi è opportuno considerare, come qui, più che in altre malattie sia necessaria una terapia causale. Se la ricerca della causa morbosa ci ha condotti alla constatazione di una stenosi intestinale, la migliore terapia è rappresentata logicamente dal bisturi del chirurgo. Ma negli altri casi in cui è possibile una terapia medica, questa sarà rappresentata principalmente da una *dieta* opportuna, e cioè una dieta ricca di elementi nutritivi ma priva per quanto è possibile di scorie, onde far sì che la quantità di contenuto intestinale sia minima: quindi niente cibi contenenti cellulosa, niente carni contenenti tessuti connettivali difficili a digerirsi, niente bibite ricche di acido carbonico. Negli attacchi di colica la nutrizione dovrebbe essere momentaneamente sospesa onde non aumentare la massa stagnante nell'intestino. La peristaltica intestinale può essere esercitata con del miele, succhi di frutta e purganti ad azione blanda.

Come medicamenti, minime quantità di oppio papaverina o atropina per combattere lo spasmo intestinale.

Nel meteorismo postoperatorio la cura d'aria calda riesce spesso efficace. Si può provare anche con l'Hormonal, la pituitrina o la fisostigmina. Anche i preparati stricnici agiscono elevando il tono della muscolatura intestinale.

Per quanto riguarda il meteorismo stabilitosi sulla base di una infezione, specialmente il tifo addominale, la dieta ha importanza anche maggiore: oggi però non si è più così assolutisti come una volta e nella dieta del tifoso possono anche essere comprese piccole quantità di legumi e di carne.

È certo infatti che una dieta lattea stretta porta più facilmente alla costipazione ed al meteorismo che una dieta mista, anche se questa contiene una certa quantità di scorie. L'eliminazione del gas può essere adiuvata mediante una sonda rettale: la puntura del cieco, la quale è praticata nella veterinaria, è troppo pericolosa perchè possa essere applicata all'uomo.

Quando il meteorismo è collegato ad una insufficienza circolatoria, questa principalmente deve essere curata: e come l'insufficienza cardiaca accompagnata da meteorismo si trova frequentemente negli obesi, una cura dimagrante basata su una stretta dieta, riuscirà spesso efficace. Nelle forme di meteorismo che sono da far risalire a cause nervose, specialmente vagotonia, buoni risultati si hanno con l'atropina e la papaverina. La paraffina come è noto aiuta meccanicamente la eliminazione degli alimenti ingeriti.

Buon effetto conseguono anche altri mezzi meccanici quali il massaggio, l'elettrizzazione, le frizioni dell'addome con tovaglie o con sostanze lievemente irritanti (sapone canforato) e l'applicazione di caldo sull'addome.

È necessario inoltre tentare di modificare la flora intestinale: si può ottenere ciò in parte sottoponendo i pazienti a giorni di dieta in modo, secondo la espressione di Morden, da affamare i batteri del crasso.

Riguardo poi alla cura della aerofagia bisogna considerare che nella patogenesi di questo disturbo rientrano in gran parte i fattori psichici. Sarebbe opportuno chiarire ad ogni aerofago il meccanismo del fenomeno, in modo che egli stesso possa controllarsi.

È utile anche in tali casi far portare al malato una cravatta circolare aderente al collo subito al disotto del laringe. Nel momento in cui il paziente inconsciamente tende a deglutire dell'aria, la laringe si trova ostacolata nel suo abbassamento e ricorderà al malato che egli non deve inghiottire. La psicoterapia completerà opportunamente il trattamento.

G. LA CAVA.

Criteri nuovi per la cura dell'ulcera gastrica e duodenale.

(J. BOAS. *Deutsche Mediz. Wochenschrift*, 1932, n. 45).

Più che per altra malattia l'efficacia della cura delle ulceri gastriche e duodenali è in relazione alla precocità della diagnosi. Questa può essere posta tempestivamente sempre che siano bene interpretati i sintomi iniziali.

Al riguardo è a tener presente che devono ritenersi come sintomi sospetti di un'ulcerazione, sia pure allo stato di semplici erosioni, la pirosi ostinata e persistente, i dolori notturni periodici, che il più delle volte sono ritenuti come fatti neurotici.

Tali fatti devono porre sempre sull'avviso e consigliare la ricerca di altri segni diagnostici.

Una volta accertata l'esistenza dell'ulcera si deve porre mente senz'indugio alla cura che può avere scopi transitori e permanenti.

I primi si possono ottenere con le comuni cure dietetiche e farmacologiche, che danno sempre buoni risultati data la tendenza alla guarigione delle ulceri, ad eccezione, bene inteso, di quelle torpide.

Più difficili ad ottenere sono le guarigioni permanenti, ossia l'eliminazione delle possibilità delle recidive.

Sta di fatto che molte ulceri che si credono guarite non lo sono. Al riguardo la rapida scomparsa dei dolori e dei disordini dispeptici deve considerarsi più un danno che un vantaggio, nel senso che il paziente illuso segue

con meno regolarità la cura o la smette del tutto, commette errori dietetici e simili.

Pertanto, per accertare la guarigione, ossia la cicatrizzazione dell'ulcera più che sulla scomparsa delle sofferenze subiettive occorre basarsi su dati più sicuri ed inoppugnabili.

Al riguardo l'esame radiologico non dà sempre elementi probativi, e l'esame gastroscopico, che certo darebbe la possibilità di un giudizio sicuro, non può, nella forma attuale, essere praticato sistematicamente.

L'unico elemento probativo di guarigione è dato dalla scomparsa definitiva delle emorragie. Ma queste possono determinarsi nelle piccole erosioni in quantità talmente tenui da sfuggire alle ricerche ordinarie.

Da ciò la necessità di un metodo che sveli la presenza nelle feci di prodotti ematici in quantità estremamente piccole.

Ciò può ottenersi con la ricerca della porfirina.

La proto-porfirina è una sostanza che si trova nelle feci anche in individui normali, quantunque possa aumentare nell'emorragie del tubo digerente. Invece la deuteroporfina, che è una sostanza derivata dal sangue, la si riscontra solo in casi di emorragie.

La ricerca della deuteroporfina nelle feci è importante per l'accertamento diagnostico delle ulceri: 1) perchè essa è positiva anche quando le più sensibili reazioni della periossidasi risultano negative; 2) perchè essa permane positiva anche quando le altre ritornano nettamente negative; 3) per la distinzione dei sintomi gastrici di altra origine da quelli dipendenti da processi ulcerativi; 4) perchè consente l'accertamento precoce dell'ulcera gastrica o duodenale.

I perfezionamenti dell'indagine diagnostica (gastroscopia, ricerca della deuteroporfina) consentono di affermare che le cure attualmente praticate sono troppo brevi. Le cure vengono smesse quando il processo di cicatrizzazione non si è ancora perfezionato. Si hanno così rattivazioni della lesione che sono scambiate per recidive.

La dieta è l'elemento essenziale della cura. Quella suggerita da Leube rimane sempre la più conveniente. Essa, comunque, deve essere sufficiente per numero di calorie, povera di sale, non irritante, ricca di vitamine e di grassi in forma appropriata, e tendente ad abbassare la concentrazione acida del succo gastrico.

La cura alcalina non è soltanto sintomatica, ma diminuendo la concentrazione acida mette in atto condizioni favorevoli per la guarigione dell'ulcera.

Per diminuire l'irritazione e gli spasmi si ricorrerà eventualmente agli estratti di belladonna o all'atropina.

Si ha tendenza ad abbandonare le cure di bismuto.

Il riposo è una condizione indiscutibile per il successo della cura.

Quando esistano aderenze, perigastriti, o la ulcera sia a nicchia o penetrante, le cure medicamentose e farmacologiche lasciano quasi sempre il tempo che trovano.

Nelle forme callose si possono avere probabilità di successo riattivando il processo. Si fa sanguinare l'ulcera mediante applicazioni calde con cataplasmi, termofori o diatermia e contemporaneamente si pratica la cura dietetica, farmacologica e di riposo.

Il metodo dell'alimentazione direttamente nel duodeno o nel digiuno a mezzo di sonde non sembra possa avere larghe applicazioni pratiche, almeno per ora. Dr.

Tecnica d'ano laterale a sperone epiploico.

(V. Aubert. *Journ. de Chirurgie*, n. 5, 1932).

L'A. illustra la tecnica che da circa 12 anni usa per gli ani temporanei o definitivi del colon. I vantaggi sarebbero: una derivazione totale delle feci, una facile esecuzione e chiusura.

Preferisce il tratto iniziale del colon trasverso, per la presenza in questo tratto di epiploon e per la lunghezza del suo meso e quindi per la maggiore mobilità; condizioni queste però che predispongono all'eviscerazione dell'ansa se questa non viene ben fissata alla parete. Ed ecco in breve la tecnica che nell'originale è illustrata da belle figure schematiche:

1) Incisione di 10 cm. che dal margine inferiore del costato, all'altezza dell'estremo anteriore del IX sp. destro si dirige obliquamente in basso ed all'interno; i fasci del m. grande obliquo sono paralleli all'incisione cutanea, quelli del piccolo obliquo e trasverso sono perpendicolari e quindi vanno dissociati lungo il loro senso; scoperto il peritoneo, viene inciso secondo la direzione della ferita cutanea, e pinzato, è fissato con quattro punti ad X in catgut, agli angoli ed ai lati insieme al piano muscolare, lasciando lunghi i fili, che dovranno giovare in appresso a fissare l'ansa.

2) Esteriorizzazione dell'epiploon cui fa seguito il colon trasverso; si pratica un lieve scollamento colo-epiploico e quindi l'epiploon si passa per una piccola breccia del mesocolon, al di sotto del colon, costituendo uno sperone vivente.

3) Fissazione della corda epiploica con la parete, mediante i fili di mezzo lasciati lunghi.

4) Apertura del colon al termo, varii giorni dopo s'è possibile, praticandola perpendicolarmente all'asse intestinale negli ani temporanei ed il più lontano possibile dallo sperone.

Se l'ano è definitivo, conviene aggiungere una incisione orizzontale lungo il tratto superiore.

Tale tecnica vale bene per i soggetti magri, in cui l'epiploon è povero di grasso; quan-

do esso è spesso, si può isolarne una linguetta di larghezza conveniente, in corrispondenza della futura breccia mesocolica.

Il processo descritto può essere esteso all'ano iliaco sinistro; qui però, mancando l'epiploon, si deve supplire utilizzando le frangie epiploiche sempre presenti in questo tratto.

R. GRASSO.

Un nuovo metodo per la costruzione di un ano artificiale.

(L. SPIVACH. *Br. Beit. z. Klin. Chir.*, 156).

Uno dei problemi più difficili della chirurgia è quello della costruzione di un ano artificiale continente. Spivach propone un metodo che, almeno sperimentalmente, risolve questo problema, traendo profitto da una valvola esistente nell'apparato intestinale, la valvola ileo-cecale.

Ricerche sul cadavere hanno dimostrato che la valvola ileo-cecale è continente fino a quando la pressione all'interno del cieco non diventa molto elevata, e che con una mediocre distensione del cieco la valvola funziona sicuramente e bene. Ricerche sull'intestino di cani hanno confermato che un riflusso dal cieco nell'ileo non è possibile finchè la pressione nel cieco non diventa molto alta.

Partendo da questi dati Spivach ha pensato di trasformare il cieco in un « ricettacolo » di feci che attraverso la valvola ileo-cecale (sphincter ani), e quindi attraverso gli ultimi 10 cm. di ileo (rectum) comunichi con l'esterno.

In altri termini egli propone la seguente operazione da eseguirsi in 2 tempi.

I Tempo: Attraverso un'incisione di McBurney estrinsecazione del cieco e della parte distale dell'ileo. Appendicectomia. Sezione dell'ileo a 10 cm. dal cieco; innesto del moncone prossimale sul cul di sacco cecale; abboccamento del moncone distale sull'angolo inferiore della ferita laparatomica.

II Tempo. Attraverso un'incisione transversale poco sopra la spina iliaca, liberazione dell'ascendente, sezione trasversale di questo e chiusura dei due monconi a fondo cieco. Chiusura dell'addome.

Spivach ha eseguito questa operazione in 6 cani. Lo studio radiologico dopo l'intervento ha dimostrato che dopo 24 h. dall'ingestione, il pasto opaco si trovava completamente nel ricettacolo cecale e niente si era riversato nell'ansa ileale rappresentante il retto. Lo svuotamento del ricettacolo fu ottenuto giornalmente attraverso una sonda, dopo rammollimento delle feci con acqua e glicerina; lo svuotamento così praticato non offrì difficoltà e l'A. pensa possa essere facile anche nell'uomo quando si avesse cura di farlo quotidianamente.

Non s'ebbero negli animali disturbi della nutrizione, tranne un modico dimagramento nel primo mese, compensato largamente da un aumento di peso stabilitosi nel secondo mese dall'intervento.

L'A. conclude ponendo la riserva derivante dall'essere questi studi soltanto sperimentali.

P. STEFANINI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

G. QUARTA. *Come si assiste un malato? Come si soccorre un ferito?* Guida pratica per infermieri ed infermiere. V edizione. Un vol. in-8° di 319 pagg. con 112 figure. L. Pozzi ed., Roma, 1933. Prezzo L. 18.

L'assistenza infermiera è diventata una delle più imperiose necessità non soltanto nella chirurgia, ma anche nella medicina moderna e, come l'esercizio di questa, si è affinata e complicata. Anche le giuste esigenze dei malati sono oggi maggiori che un tempo, sicchè la preparazione e la coltura del personale di assistenza debbono corrispondere ai requisiti dei tempi moderni. Basta scorrere i grossi fascicoli di « Nosokomeion », la nota rivista dedicata alle questioni ospedaliere e vedere l'ultimo volume dei « Methods and problems of medical education », pubblicato dalla Rockefeller Foundation, tutto dedicato alle scuole per la formazione dell'infermiera, per comprendere quanta importanza si dia alla formazione di questo personale, dall'abilità e dalle doti del quale dipendono in qualche caso la salvezza e sempre il benessere dell'infermo.

Professione non facile, bisogna riconoscerlo, e che esige adatte qualità morali ed una seria preparazione. Le prime debbono essere innate, ma possono venire esaltate dall'insegnante e dal medico. La preparazione viene fatta nelle buone scuole, ma deve essere integrata da un buon manuale a cui l'infermiera, oltre che per lo studio nel periodo della scuola, possa ricorrere come consiglio nell'esercizio professionale.

A tali scopi risponde bene il manuale del prof. Quarta. Già lo stesso fatto che ha raggiunto la quinta edizione indica la vitalità del libro e come esso risponda agli scopi che si prefigge e sia stato apprezzato da un largo pubblico.

Di giusta mole, esso sfugge da un lato alla concisione eccessiva quasi scheletrica dei piccoli manuali che debbono tralasciare molte nozioni di indubbia utilità mentre, dall'altro, non affatica la mente di chi legge con cognizioni di secondaria importanza o con inutili divagazioni. Inoltre, pur senza cadere in un'eccessiva semplicità, ha uno stile piano ed espone la materia con chiarezza in modo da farsi ben comprendere anche da persone dalla coltura limitata. Si tratta di doti essenziali per libri che hanno scopi didattici e che troviamo spiccate in questo volume del prof. Quarta.

Nella prima parte, sono esposte le *Nozioni generali* sulle qualità e doveri di una buona in-

fermiera, sull'assistenza al malato in casa e negli ospedali e sanatori. Seguono, nella seconda, gli elementi di *anatomia e fisiologia del corpo umano*.

Ampia è la terza parte, dedicata alle *malattie nel campo medico ed alla loro cura*. Cenni sulla causa delle malattie, sui microbi, sulla pulizia e disinfezione, sui mezzi di lotta contro le malattie infettive. Viene, in seguito la trattazione del compito particolare dell'infermiere, nell'assistenza ai malati e durante la visita medica, con indicazioni precise e particolareggiate di quanto deve fare l'infermiere.

Le nozioni di patologia medica riguardano specialmente le malattie infettive, gli avvelenamenti, i soccorsi d'urgenza in medicina, ivi comprese anche le lesioni da gas di combattimento.

Di grande interesse, specialmente oggi che è tanto curata *l'assistenza all'infanzia*, è la parte ad essa dedicata riguardante l'alimentazione del bambino, i principali disturbi gastro-intestinali dei bambini, l'igiene generale infantile e le più comuni malattie infantili.

Da ultimo, *l'assistenza ai malati chirurgici*: il trasporto, la preparazione del malato, della sala operatoria, le lesioni violente, le ferite, le fasciature, il massaggio. Segue un elenco dei termini tecnici più comuni, con la loro spiegazione.

Nulla è quindi trascurato di quanto occorre per la preparazione e la cultura di una buona infermiera. Il libro è pertanto molto adatto per il medico che debba provvedere all'istruzione di tale personale come per gli allievi, ed è anche assai utile per poter dare le opportune indicazioni sull'assistenza ai malati, nelle famiglie.

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI.(1)

Malattie infettive batteriche. Fasc. 3° dell'Epidemiologia generale e speciale, nel « Trattato italiano di Igiene » diretto dal Prof. O. Casagrandi. Un vol. in-8° di 840 pag. con 9 tav. e 41 fig. in parte a colori. Unione tipografico editrice Torino, 1932. Prezzo L. 100.

L'ampio volume del noto « Trattato » si presenta come uno dei più interessanti; dovuto alla collaborazione di scienziati che delle singole malattie considerate hanno particolare e ben riconosciuta competenza, esso sarà letto e consultato non soltanto dall'igienista, ma anche dal medico pratico, per il quale la esatta conoscenza delle malattie infettive è una assoluta necessità.

Ogni capitolo del volume costituisce una vera monografia sull'argomento su cui sarebbe opportuno fornire ben più ampie informazioni di quanto non si possa in una recensione generale del volume. Ci limitiamo quindi a darne il solo elenco, consigliando vivamente la lettura dell'intero volume, che presenta in modo chiaro ed efficace le attuali nozioni sull'eziologia, l'epidemiologia, la profilassi individuale delle malattie infettive batteriche.

I piogeni (A. Alessandrini). *Tifo meningococcico e meningococcemia* (G. Bellei e O. Casagrandi). *Infezioni da pneumococco* (F. Pepeu). *Influenza* (G. Dessy). *Pertosse* (F. Valagussa). *Febbre ondulante* (A. Alessandrini). *Infezioni tifose e paratifose* (G. Sampietro). *Dissenteria bacillare e Proteobacillosi* (M. Gioseffi). *Carbonchio, Botulismo, Affezioni gangrenose gassose degli animali e dell'uomo* (G. Sampietro). *Colera asiatico* (G. Sanarelli). *Peste bubbonica* (P. Canalis). *Actinomicosi e morva* (F. Sanfelice). *Tubercolosi* (A. Ilvento).

fil.

P. GIRAUD. *Le kala-azar infantil.* Vol. in-8° di pagg. 80. G. Doin, Paris, 1933. Fr. 30.

La monografia, che fa parte della Collezione: « La pratique medicale illustrée », offre una veduta d'insieme dell'interessante argomento della leishmaniosi nell'infanzia.

I casi della malattia sono infatti più frequenti di quanto non sembri, e di tanto in tanto se ne registrano dei nuovi in località sino ad allora ritenute indenni.

Riuscirà dunque utile, sopratutto al medico pratico, avere a portata di mani un volume non ampio, ma ciononostante completo, dal quale si possano desumere tutte le notizie necessarie per una sollecita diagnosi ed una terapia appropriata.

M. FABERI.

A. PINELLI. *La diagnosi biologica dell'echinococcosi.* Un vol. in-8° di 341 pag. Tip. G. Gallizzi, Sassari, 1932.

Buono studio d'insieme sul problema, che interessa più particolarmente alcune regioni d'Italia, ma che è bene che sia largamente conosciuto perchè, anzi, nelle località dove l'echinococcosi si presenta in casi sporadici, il problema diagnostico comporta la necessità di una maggiore raffinatezza e di più completi metodi di ricerca.

L'ampia monografia ci presenta lo stato attuale della questione, quale l'A. ha saputo dedurre con acume di critica da una vasta bibliografia e da una ricca serie di osservazioni personali accuratamente studiate; assai utile è anche il confronto della echinococcosi umana con quella degli animali.

L'A. dà soprattutto importanza all'intradermoreazione ed all'eosinofilia ed investiga anche i meccanismi di produzione dei fenomeni che si svolgono nell'organismo dell'ospite parassitato.

fil.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

C. GARIN, J. ROUSSET e B. GOUTHIER. *L'Ankylostomose.* Un vol. in-8° gr., di pag. 128, con 56 figure. E.: Masson e C., Parigi, 1932. Prezzo. fr. 36.

Gli AA. hanno condotto un'azione contro l'anchilostomiasi sul bacino carbonifero della Loira. Per tal modo hanno potuto sperimentare e praticamente valutare i metodi diagnostici e profilattici e perfezionarli. In questo volume hanno raccolto, dalla letteratura, una grande mole di dati e li hanno integrati e lumeggiati con le proprie esperienze. Notiamo che, per la profilassi, gli AA. attribuiscono la massima importanza alla disinfestazione dei portatori. Il volume è bene illustrato.

L. V.

DIVAGAZIONI

Medici scrittori.

Ne tratta il prof. Bilancioni (*Italia che scrive*, genn. 1933), accennando ai più cospicui esempi di medici che, pur fra le preoccupazioni dei doveri professionali, non disdegnarono le lettere, trovando anzi in esse un'oasi di serenità ed anche la fama.

Da ricordarsi, fra i nostri antichi, il Redi e G. Fracastoro che descrisse in versi il « morbo gallico ». Autore di un poema fu anche E. Jenner, a cui dobbiamo la scoperta del vaccino; poeta delizioso fu Weir-Motchell, noto neurologo di Philadelphia e peccati poetici giovanili commise Havelock Ellis, noto per la sua vasta opera in cui si rivela fine psicologo delle questioni sessuali.

Vi furono medici che raggiunsero la fama come scrittori; fra essi A. Cécov che, nelle sue commedie e nei suoi drammi a sfondo di infinita tristezza, vibra di tanta simpatia umana F. Schiller che fu chirurgo militare. J. Keats, uno dei più delicati poeti inglesi, il cantore di Endimione e dell'usignolo, aveva ottenuto il diploma di medicina e fu allievo del noto chirurgo A. Cooper.

Numerosissimi sono in Francia i medici letterati (recentemente si è pubblicata un'antologia di medici-poeti), fra cui uno dei più noti il Duhamel, ma non pochi anche i nostri, gran parte dei quali ce li viene rivelando la « Biblioteca della genialità italiana » che il prof. P. Piccinini ha avuto la bella iniziativa di raccogliere.

Fra i medici moderni che si distinguono nel campo delle lettere, il Bilancioni cita C. Tumiati, distinto psichiatra che con i « Tetti rossi » (di cui a suo tempo il nostro giornale si è occupato) fu il vincitore del premio letterario « Viareggio » e Antonino Anile, l'anatomico di Napoli autore di versi elevati (La Croce e le rose, Nuovi sonetti religiosi, ecc.) in cui l'osservazione scientifica è il motivo da cui si snoda la fantasia poetica, Ecco, per esempio, uno degli stadii della medusa:

« ...*sciolta in forma nitida che nuota*:
« *sottil disco d'opale, che una lista*
« *recinge d'un riflesso d'ametista;*
« *fiore che vien da primavera ignota* ».

Del libro recente di un altro medico parla poi largamente il Bilancioni: « La critica medica nella storia: Alessandro Magno », del prof. M. Bertolotti, direttore dell'Istituto radiologico dell'Università di Torino. In esso, la geniale figura del grande capitano, solo emulata da Napoleone viene indagata dal punto di vista medico da un profondo conoscitore della morfologia che sa cogliere il significato anche di un anomalo atteggiamento statuario che ad altri può sembrare una licenza dello scultore.

Dalla meditazione di un tal volume, si intende come il medico, se non è tutto asservito ad interessi materialistici ed ha coltivato quel germe filosofico ed umanistico che accompagna la formazione culturale, deve trovare un più largo respiro di quello che non sia dato dal suo lavoro quotidiano, quella ricchezza di espressioni estetiche e di sensazioni artistiche costituenti la fiaccola di un ideale, che ciascuno di noi può mantenere vivace anche nell'aduggiare della vita pratica del sanitario.

Ma un altro (*last but not least*) medico scrittore, aggiungiamo noi, ed è lo stesso Bilancioni, nella sua infaticabile e molteplice attività, offre un fulgido esempio del come lo studio severo di un ramo della scienza, raggiungendone le più alte cime, si possa unire con il culto del bello nell'arte e nella letteratura; come si possa essere scienziato e, ad un tempo, scrittore forbito ed efficace, vivificando, con un soffio di spiritualità una specialità che può sembrare arida e limitata.

Le numerose opere che testimoniano l'attività del Bilancioni come scrittore sono, fra le altre: « A buon cantor, buon chitarista ». « Veteris vestigia flammae ». « Sulle rive di Lete ». « La sordità di Beethoven ».

È un errore, del resto, il ritenere che vi possa essere un dissidio fra medicina e poesia, direi anzi fra scienza e poesia, chè non vi è gente dalla fantasia più sbrigliata dei matematici puri, i quali sono invece considerati generalmente come il prototipo della « positività ».

Poesia è creazione e la medicina in genere e la clinica in specie richiedono qualità poetiche. Fin che la nostra cultura resta un mero prodotto cerebrale, ha valore limitato, è metodica, empirismo, cosa arida; e aridi sono gli uomini che se ne appagano. Essa si completa e nobilita solo quando ci riempie l'animo e acquistiamo, col senso integrale della nostra persona, la nostra umanità.

Assurgere dal fatto minimo, alla portata di tutti, fino alla generalizzazione ed alle conseguenze che possono iniziare un rivolgimento mondiale è caratteristica del pensiero geniale, che deve però trovarsi in un individuo dal temperamento poetico, senza il quale non vi sarebbero nè slancio, nè creazione. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica Veronese.

Seduta del 6 febbraio 1933.

Presidente: dott. F. DELAINI.

Prof. F. SOPRANA. — *Rendimento clinico-statistico degli Istituti Ospitalieri di Verona nel decennio 1923-1932.*
Discussione: prof. TONZIG e prof. ZAMBELLI.

Prof. M. ARTOM. — *Note clinico-statistiche relative alla profilassi celtica.*
Discussione: prof. VIANA.

Sulla malattia di Weil.

Dott. D. LONGO. — L'O. illustra un caso di spirochetosi ittero-emorragico con tutta la sintomatologia caratteristica del morbo di Weil e con prova biologica nettamente positiva. Dallo studio del ricambio della bile e di tutti gli altri dati inerenti il ricambio emoglobinico, studio eseguito in tutti i periodi della malattia, ha ottenuto dati quantitativi dai quali risulta: 1) che nei periodi colemico apirettico e di ricaduta febbrile il cologramma parla per un ittero con parziale ingresso della bile nell'intestino che aumenta progressivamente; il cologramma corrisponde in complesso a quanto risulta dallo studio del ricambio della bile nell'ittero infettivo benigno (ittero catarrale) secondo Ryss; 2) che verso la fine della malattia si rende palese una componente di iperemolisi. L'O. accenna infine alla glicosuria comparsa verso la ventesima giornata di malattia, ricordando le osservazioni di Frugoni che per il primo la descrisse come successione morbosa e come uno dei segni di iposurrenalismo, e quelle posteriori di Kitaoka secondo il quale la glicosuria che interviene transitoriamente verso la fine della malattia sarebbe dovuta all'abbassamento di tono del simpatico.

Istopatologia nelle intossicazioni da narcotici ed analgesici.

Dott. E. FIORINI. — L'O. ha provocato nella cavia intossicazioni sperimentali croniche mediante etere, cloroformio, novocaina, percaina. Il diverso comportamento patogeno dei narcotici in confronto agli analgesici è risultato evidente in maniera costante avendo riscontrato regolarmente fatti degenerativi dopo avvelenamento da narcotici e turbe circolatorie dopo avvelenamento da analgesici. I primi dovranno perciò essere prudentemente usati in tutte le forme flogistico-degenerative del fegato, rene, milza, i secondi dovranno essere evitati nei malati in istato profondamente adinamico.

Secondamento idraulico secondo Monjon.

Dott. F. POMINI. — L'O., dopo aver brevemente rivendicato la priorità italiana del metodo, dice le ragioni del lungo abbandono. Descritta minutamente la tecnica e la maniera con cui si determina il distacco della placenta espone le indicazioni e i vantaggi della Mojon. Porta un contributo personale di 32 casi dei quali ebbe soli sei insuccessi, con morbilità e mortalità zero. Enuncia le particolari condizioni che in questi casi hanno reso vano il sussidio. Si mostra fervente partigiano del metodo, poichè riesce spesso a far sfuggire il secondamento manuale che è considerato il più grave intervento ostetrico. Termina augurando che la Mojon abbia quella larga diffusione che merita, per la sua inocuità e praticità.

Cisti dell'utero.

Dott. A. GALLI. — L'O. dopo aver descritto un caso di « leiomioma monocistico dell'utero » che ha dato adito a dubbi diagnostici nel corso dell'intervento operativo, fa alcune considerazioni sulla diagnosi differenziale fra tumori e gravidanza ad addome aperto.

Discussione: prof. VIANA. Si sofferma sulla d. diff. tra tumori uterini od ovarici e gravidanza e dimostra come a tale diagnosi si possa arrivare con accorgimenti diversi da caso a caso. Un sussidio notevole può essere portato dall'esame radiografico dopo il 3° mese di gravidanza; riferisce a questo proposito un caso recente di cisti dermoide nel quale la radiografia aveva posto in evidenza una piccola zona calcificata corrispondente alle caratteristiche produzioni odontoidi proprie di tali tumori. Grandi vantaggi si possono trarre dalla diagnosi biologica e specialmente dalla prova di Friedman sulla coniglia che è alla portata anche del medico pratico.

Il Segretario: M. ARTOM.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E DIAGNOSTICA.

Disturbi genito-urinari nella litiasi urinaria larvata dell'uomo.

La litiasi urinaria larvata si manifesta, secondo J. E. Marcel (*Journal de méd. de Paris*, 7 luglio 1932) non già con l'eliminazione di calcoli, ma semplicemente con quella di sabbia o di cristalli (fosfati, urato di sodio, ossalato di calcio). Non sono rare inoltre le osservazioni di uretriti da emissione di cristalli, che agiscono sia direttamente, sia risvegliando un'infezione preesistente. Esistono inoltre delle uretriti diatesiche: reumatiche, diabetiche e specialmente gottose.

I disturbi uretro-genitali della litiasi urinaria larvata non sono frequenti. Si osservano più spesso nella clientela agiata verso i 40-50 anni, ma non sono rari sui 30 anni ed anche prima.

Si tratta in generale di individui del tipo artritico (epatici, costipati, eczematosi, reumatizzanti, con emicranie); eliminano delle urine *cariche*, spesso iperacide, in quantità molto ridotta. Vi è un altro segno abbastanza costante: i dolori alle reni lancinanti e tenaci, che il malato sente specialmente al risveglio e che sono esacerbati dal viaggio in treno o in auto. Questo sembra una causa occasionale importante, tanto che l'A. ritiene che vi sia addirittura una prostatite degli automobilisti.

Nel *tipo uretrale* si ha una forma mista, che si sviluppa 10-12 giorni dopo il coito con una donna affetta da cervicite non gonococcica ed una forma pura, indipendente dal coito. All'esame batterioscopico, flora banale nel primo caso, assente nel secondo.

Tale tipo si manifesta con un'uretrite discreta, che ha delle crisi dolorose, quasi nevralgiche, accompagnata da una prostatite ghiandolare seria, che colpisce per la precocità e specialmente per la sproporzione coi segni uretrali.

Nel *tipo genitale*, si ha un'importante prostatite senza manifestazioni uretrali in cui, oltre alla spermatorrea, all'eiaculazione prematura, ad un certo grado di impotenza, colpisce il priapismo, notturno, doloroso, con crisi parossistiche. Il malato deve alzarsi e non si calma che quando, dopo molti sforzi, riesce a svuotare la vescica.

L'evoluzione di questi disturbi è lunga, capricciosa, a sbalzi, con le riacutizzazioni coincidenti con crisi di eliminazione urinaria di cristalli, cioè con cambiamenti di regime, di temperatura, ecc.

Talvolta, quando l'infiammazione continua, l'uretra si infetta e vi pullula un'abbondante flora microbica, fra cui tende a predominare il colibacillo.

La *diagnosi* di questi disturbi è difficile e si fa più che altro per eliminazione. Può essere sospettata la vera natura di questi disturbi quando venga evacuata della sabbia urinaria; più difficile è invece in caso di cristalluria e non tanto quando si tratti di fosfaturia (urine lattescenti all'emissione che diventano limpide con l'aggiunta di acido acetico) ma specialmente in caso di uricuria o di ossaluria. Ad ogni modo, è bene sospettare di ogni prostatite isolata o sproporzionata alla causa.

È soprattutto necessario eliminare la blenorragia (esame microscopico eventualmente dopo riattivazione, cultura dello sperma, ecc.). Si farà quindi l'esame chimico delle urine e specialmente microscopico.

Il reperto di molti cristalli di acido urico o di ossalato di calcio, di emazie (in pazienti che non hanno subito trattamenti) sarà molto significativo.

Questi disturbi sono di origine chimica (irritazione da parte di sostanze eliminate), meccanica (creste vive dei cristalli) e diatesica (stato di decadimento dei tessuti in individui a ricambio rallentato).

La *terapia* deve avere anzitutto di mira lo stato generale per combattere la litiasi fosfatica, urica, ossalica: regime, cure medicamentose, cure idrominerali.

Come terapia locale, lavatura dell'uretra con soluzioni emollienti (malva, camomilla) e di tanto in tanto di soluzioni di albuminato di argento a dosi deboli. Nei casi specialmente irritabili, applicazioni di lapis di ittiolo ed ossido di zinco. Utile la diatermia rettale della prostata. In qualche caso, hanno risposto bene le cauterizzazioni e lo scintillamento attraverso il tubo uretroscopico. *fil.*

La sintomatologia generale delle malattie delle vie urinarie nei bambini.

C. Alesio (*La pediatria del med. pratico*, apr. 1932) osserva che tale sintomatologia, esclusione fatta per alcune deformità dei genitali esterni, non è sempre molto chiara. Le malattie dei reni, degli ureteri e della vescica restano spesso mascherate dall'incertezza dei sintomi, mentre tutto induce a pensare a disturbi gastro-intestinali. Il sospetto di un'affezione delle vie urinarie deriva dall'occasionale reperto di sangue o pus nell'urina oppure dall'odore particolare talora fetido delle urine stesse.

L'esame dell'urina riveste quindi un'importanza eccezionale.

1) *Piuria.* Talvolta evidente (fiocchi e grumi purulenti), altre volte rilevabile al microscopio. Può avere valore diverso e raramente sono sufficienti i suoi caratteri per indicarne la provenienza.

2) *Ematuria*. Può essere evidente alla sola ispezione dell'urina, oppure soltanto rilevabile col microscopio o con l'esame chimico. L'interpretazione del sintoma è delle più vaghe. Tutte le nefropatie possono accompagnarsi a presenza di sangue nelle urine. Nei bambini, assumono speciale importanza le ematurie che accompagnano il morbillo, la scarlattina, lo scorbuto, la pertosse, la leucemia e quelle legate ad un fattore ereditario (eredo-sifilide). Tipiche sono le ematurie dei neonati, attribuite ad un fattore settico e quelle che accompagnano l'emissione di sali urici nel lattante.

L'ematuria ha anche importanza come segno precoce e caratteristico della tubercolosi renale infantile, seguita, in ordine di frequenza, da albuminuria continua od intermittente, da cistalgia e dolori alla minzione, da incontinenza riflessa, anche sotto forma di incontinenza notturna ed infine da piuria.

3) La *batteriuria* è caratterizzata dalla presenza di batteri nell'urina, senza che per essi siano alterate le vie urinarie; l'urina può presentarsi molto torbida ad odore putrido e senza pus.

Nell'esame del bambino, oltre a quello dell'addome, si porrà mente ai caratteri della minzione; indice importante può essere l'*incontinenza*, che talvolta può essere falsa (iscuria paradossa).

Scarsa importanza ha nell'età infantile il dolore, che difficilmente viene bene localizzato; si può però distinguere quello uretrale, da quello vescicale e da quello renale.

Un sintomo frequente è la *febbre* che può esistere come manifestazione primaria di malattia o come segno d'infezione secondaria, o soltanto quale manifestazione di un deperimento organico dovuto a grave affezione degli organi urinari.

Frequenti sono il torpore e la sonnolenza, dovuti a cause diverse: assorbimento settico durante gli stati febbrili, intossicazione urinosa, ovvero intossicazione uremica.

L'acidosi e l'alcalosi possono completare questo quadro tossico. La ritenzione ureica frequentemente determina stati convulsivi nei bambini; in questi casi, l'odore urinoso dell'alito, la nausea, il vomito, la diminuita diuresi sono segni palesi di uremia.

Fra i sintomi indiretti, sono da menzionare i disturbi mentali ed alcune manifestazioni cutanee.

Molto importante è l'anamnesi personale e familiare (quest'ultima specialmente nella diatesi urica e nel rene policistico); si tenga presente che molte infezioni degli organi urinari risalgono a malattie intestinali, a foruncoli, ad ascessi delle tonsille, a malattie infettive in genere. *fil.*

TERAPIA.

Il trattamento incruento dei cosidetti gangli, degli igromi e di altre formazioni cistiche.

A. Cernezzi (*Gazz. Osp. e Cliniche*, n. 46, 13 nov. 1932), partendo dalle esperienze di Erich Hiller che per primo introdusse il Clauden (estratto di tessuto polmonare ricco di trombochinasi e perciò attivante della coagulazione del sangue) nella terapia incruenta degli igromi prerotulei, applica di nuovo questa terapia secondo la tecnica dell'Erich.

I casi trattati furono: 10 gangli del polso, 4 igromi, 3 gozzi cistici colloidei di cui uno del volume di un grosso pugno. La tecnica fu la seguente: svuotamento graduale della cavità e sostituzione con altrettanti cmc. di Clauden introdotto per iniezione.

I risultati, tolto qualche lieve e passeggero fenomeno irritativo, possono considerarsi buoni per gli igromi, ottimi per i gozzi ed i gangli.

Il meccanismo d'azione del Clauden sarebbe da ricercarsi non soltanto nell'azione coagulante di detta sostanza, ma anche in un'influenza inibitrice che il Clauden eserciterebbe su taluni mucoidi e colloidi, evitando così il loro accumulo.

Pare accertato che il Clauden non eserciti sui tessuti azione infiammatoria essudativa con reazione secondaria connettivale a carattere obliterativo, e che il più adatto suo campo d'applicazione ove massima è la sicurezza e la stabilità dei risultati, è costituito dai cosidetti « gangli ». R. Garbini.

L'uso dell'acacia nella cura dell'edema.

Dopo l'osservazione di Epstein del rapporto fra riduzione delle proteine del plasma ed edema non cardiaco e del valore, in queste condizioni, della dieta ricca di proteine, questa dieta è stata accettata come adatta, insieme alla restrizione del sale e dell'acqua e alla trasfusione di sangue totale o di plasma, nella cura della nefrosi. Però alcuni casi continuano a mantenersi edematosi nonostante questa dieta.

A. F. Hartmann, M. J. E. Senn, U. Nelson e A. M. Perley (*Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 28 gennaio 1933) hanno curato queste forme ribelli alla dieta colla somministrazione di acacia (che fu usata per la prima volta nel 1920 da Clausen).

L'acacia modifica la pressione oncotica del siero (che è normalmente 35-40 cmc. di acqua, e nei nefrotici 5-20 cmc.), ma per fare questo deve giungere ad una concentrazione del 2 % nel plasma. Se non compare diuresi dopo 24 ore, si deve ripetere la dose. La dose da darsi per iniezione è di 1 gr. di acacia per kg. di peso del malato. L'acacia comincia ad apparire nelle urine immediatamente dopo l'inie-

zione e se ne elimina il 25 % nei primi due giorni e il 60 % nei primi sette.

Gli AA. fecero 27 iniezioni di acacia in sei casi di nefrosi lipoidea con successo in cinque casi. Nel caso in cui ci fu insuccesso fu fatta una sola iniezione.

Buoni risultati essi ebbero anche dall'uso dell'acacia nell'edema da cattiva nutrizione del lattante, sempre scarso risultato ebbero nella nefrite cronica emorragica.

R. LUSENA.

Osservazioni sull'uso degli idrocarpi e morruati per via ipodermica sul lupus vulgaris.

Sir Leonard Rogers (*The British Medic. Journ.*, 14 gennaio 1933) fin dal 1916 si era domandato se gli stessi risultati che si avevano nella lebbra dall'olio di chaulmoogra e di idrocarpo si potevano ottenere in malattia da altri germi acidoresistenti.

Nel 1918 e negli anni seguenti egli comunicò buoni risultati ottenuti nella tubercolosi con idrocarpato di sodio e con morruato di sodio, che però vanno usati con cautela nelle forme polmonari, mentre sono indicati in quelle dette chirurgiche, come dissero anche altri autori che egli cita. Egli ha curato con morruati e idrocarpati un caso di *lupus vulgaris*, facendo iniezioni intradermiche. In un anno ottenne la guarigione e per questo raccomanda il suo metodo, di cui espone dettagliatamente la tecnica.

Nella stessa rivista S. L. Cummius e Cicely Wertherall riferiscono sull'azione inibitrice dell'alepol (che è prevalentemente idrocarpato di sodio) sullo sviluppo del b. della tubercolosi su terreno all'uovo di Besredka. In *vitro* l'azione inibitrice è netta; le culture trattate con alepol non hanno ucciso due cavie. I risultati non furono altrettanto dimostrativi sui conigli, perchè gli animali di controllo mostrarono la medesima resistenza. Gli AA. consigliano di provare l'alepol nei versamenti pleurici che accompagnano la collassoterapia pneumotoracica.

R. LUSENA.

Nella puntura da vespe.

G. Fürer (*Gazz. Osp. e Clin.*, 18 dic. 1932), ha curato un caso con fenomeni gravi di puntura di vespa alla lingua mediante l'iniezione di 4 cmc. di omnadina. Rapidamente diminuì la forte tumefazione della metà sinistra della lingua e scomparvero i sintomi di angoscia e di soffocazione. Il paziente accusò solo per qualche tempo ancora dei dolori nevralgici al collo ed alla lingua.

fil.

Nell'eritema delle natiche dei piccoli bambini.

Cambiare la biancheria non appena il bambino ha sporcato. Usare una scrupolosa pulizia per la biancheria. Asciugare sempre accuratamente la cute. Passarvi sopra uno strato di glicerolato d'amido e spolverare poi con talco.

MEDICINA SCIENTIFICA

Il fattore istamina nell'anafilassi.

La differenza della sindrome anafilattica nelle varie specie di animali indica la necessità anche di trovare una diversa terapia.

Questo non sarebbe necessario se si potesse dimostrare che le varie sintomatologie non sono altro che varianti quantitative di un medesimo quadro clinico basale.

Tentativi in questo senso furono fatti. Così si disse che la ragione per cui nella cavia l'anafilassi prende il tipo asmatico è da ricercarsi nella muscolatura bronchiale, che in questi animali è sviluppatissima, e che nel cane si ha più spesso il tipo splancnico congestivo dell'anafilassi per il grande sviluppo delle vene epatiche.

Watanabe (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 11 giugno 1932) ha studiato le determinazioni quantitative della distribuzione topografica di sostanze istaminosimili. Egli ha trovato che il polmone della cavia contiene 14,2 mg. per Kg. di istamina estrattibile e che la quantità di istamina polmonare aumenta di 5 volte dal 12° al 20° giorno della sensibilizzazione al siero di cavallo, mentre non c'è aumento parallelo dell'istamina del fegato.

Nei cani l'istamina del fegato è mg. 44,7 per Kg. mentre nel polmone è 22,5; nello stato di sensibilizzazione aumenta l'istamina del fegato, mentre non aumenta quella del polmone.

Durante la reazione anafilattica l'istamina dei tessuti diminuisce enormemente nei due animali, ma più specialmente nella cavia e l'istamina è immessa in circolo.

Questa iperistaminemia esplosiva è certo un fenomeno importante nell'anafilassi.

R. LUSENA.

Eosinofilia ed allergia.

H. Schlecht (*Med. Klinik*, vol. 27, n. 36), in base ad osservazioni cliniche e sperimentali, conferma i rapporti intercorrenti fra l'allergia e la degradazione parenterale dell'albumina, ciò che porta a comprendere meglio il significato funzionale degli eosinofili. Le granulazioni eosinofile sarebbero, non già dei prodotti provenienti dall'esterno, ma formatisi nell'interno stesso della cellula eosinofila. Non può negarsi che questa abbia la capacità di assumere ed elaborare i corpi albuminoidi. Nell'essudato peritoneale, come nei focolai allergici reattivi del polmone, e della pelle, l'A. ha osservato moltissimi eosinofili in disfacimento, che eliminavano le loro granulazioni; in qualche zona, queste sono copiosamente riunite, indicando così che esse sono utilizzate per l'elaborazione delle albumine estranee. Tale reperto era specialmente notevole nella ipersensibilità al salvarsan, nel qual caso, si osservava nelle parti di cute più colpite un disfacimento a masse degli eosinofili, la pre-

senza di numerose granulazioni libere e, nel sangue, si notavano molti eosinofili privi delle granulazioni.

Quando il potere protettivo degli eosinofili fallisce — come si osserva nei casi mortali — essi scompaiono quasi totalmente dal sangue.

Tenuto conto dei reperti di v. Mollendorf sulla forte reazione ossidasica degli eosinofili, si può ammettere che, in questi, si liberino delle sostanze attive; rimane però da decidersi la questione se il fermento ossidante venga fornito dalle stesse granulazioni oppure dal cito plasma endocellulare.

La questione dell'origine locale degli eosinofili abbisogna tuttora di altre prove cliniche e sperimentali. *fil.*

IGIENE.

Provvedimenti profilattici in un centro industriale sorto in zona malarica grave.

La possibilità di un'efficace lotta antimalarica in un centro industriale sorto in piena zona malarica ci è dimostrata da F. Capogrossi Guarna (*Riv. di Malariologia*, luglio-agosto 1932).

Si tratta di un impianto fatto sul confine dell'Agro romano dalla Soc. prodotti chimici di Napoli, per l'estrazione dell'allumina dalla leucite; vi affluiva la mano d'opera da paesi malarici, tanto che, dei 2200 operai del 1931, il 40 % risultò malarico o proveniente da zone malariche. Tenuto conto dei numerosi ristagni idrici della località era quindi da temersi che si sviluppasse un'intensa epidemia di malaria.

L'A. pertanto predispose un buon piano di profilassi umana e antianofelica. La prima consistette essenzialmente nella profilassi chininica e nella cura energica dei malarici, poco potendosi contare sulla cura interepidemica a causa del continuo movimento della mano d'opera.

Degna di particolare attenzione fu la lotta antianofelica. Venne eseguito per un raggio di 3 Km. un accurato rilievo topografico del territorio, che venne poi diviso in 16 settori. La superficie delle acque risultò, nel marzo, di mq. 26.000, in agosto di 15.000.

Alla lotta antilarvale vennero adibiti 4 operai, mentre altri due facevano la cattura delle alate; un altro uomo era destinato al trasporto della nafta, fatto mediante un mulo.

Mediante le comuni pompe irroratrici (della capacità di circa 13 Kg. ciascuna), la nafta veniva irrorata sulle acque, un giorno per ogni settore, sicchè tutto il territorio veniva trattato nello spazio di 16 giorni; in estate, tale periodo venne abbreviato.

Il lavoro della squadra di irroratori veniva sorvegliato, controllando anche l'efficacia della lotta mediante la pesca delle larve.

Furono stabilite parecchie stazioni di cattura: 5 nel 1° chilometro, 12 nel 2° e 27 nel 3°. L'intero giro veniva completato in 4 giorni. Tale cattura aveva anche lo scopo di controllare indirettamente l'efficacia della lotta antilarvale. La grafica delle catture dimostra che, sospese le irrorazioni al 1° ottobre, il numero delle catture salì da 225 al 15 settembre a 681 il 1° ottobre, ed a 1145 a metà novembre.

Le *protezioni meccaniche* vennero attuate con rete di alluminio, a 20 maglie per pollice e con filo di sezione di mm. 0,28. Tali reti furono montate su telai di legno fissi ed applicate a tutte le finestre. Tutte le entrate furono munite di due porte apribili all'esterno. Le reti di alluminio si dimostrarono ottime per ridurre al minimo la perdita di luce e per la proprietà antiruggine. Per il fatto che esse sono piuttosto delicate, vennero sostituite nella metà inferiore delle porte con lamiera forata di alluminio.

I risultati furono realmente buoni. Sopra una popolazione media complessiva di 1112 individui, di cui oltre 90 bambini, si sono osservati soltanto 54 forme febbrili da malaria, di cui 40 con reperto microscopico positivo (3 primitivi e 37 recidivi). Fra la popolazione fissa, si ebbero soltanto 6 casi, di cui 1 primitivo.

Anche la popolazione della campagna circostante risentì il beneficio di tale lotta, con una diminuzione notevole nel numero delle febbri in confronto con l'anno precedente.

La spesa totale è stata di L. 239.000, di cui 170.000 per la protezione meccanica, 51.000 per la lotta antilarvale e 18.000 per la chinina.

Tenuto conto delle condizioni di particolare gravità (zona di malaria intensa, afflusso di numeroso personale in gran parte malarico), i risultati sono realmente soddisfacenti e dimostrano, crediamo, l'utilità di una lotta *polivalente*, se eseguita con criterii di larghezza e di praticità. *fil.*

VARIA.

Progressi nella tecnica roentgenologica.

Innanzi all'Istituto britannico di radiologia il dott. N. S. Finzi, radiologo del St. Bartholomew's Hospital, ha descritto un nuovo schermo fluoroscopico, « fluorazzurro », a base di solfato di zinco purissimo, che dà un'intensa fluorescenza azzurra e che riduce il tempo di esposizione, necessario a produrre la fluorescenza, ad 1/3 - 1/5 di quello necessario con tungstato di calcio; la differenziazione è molto migliore; si può ora ottenere la cinematografia diretta del torace con una continuità quasi perfetta tra le immagini successive. (« Jl. A. M. A. », 7 gen. 1933).

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. I. N.:

Il *Journal of the American Medical Association* ha sede in: North Dearborn Street 535, Chicago, Ill., S. U.d'A.; è a periodicità settimanale; l'abbonamento annuo importa doll. 7; un numero separato 25 cents. P.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Al Ministero delle Corporazioni.

Nell'ampio dibattito svoltosi alla Camera dei deputati sul bilancio del Ministero delle Corporazioni, hanno avuto parte i servizi di assistenza, di prevenzione e di previdenza nel campo sanitario.

Notevole un discorso dell'on. Landi, il quale rileva che è grande merito del Regime fascista aver conservato in piena efficienza gli ordinamenti assicurativi e di previdenza, ciò che invece non è avvenuto in qualche altro Paese, ove si è persino prospettata l'opportunità di sospendere l'applicazione delle assicurazioni sociali. Osserva che è però necessario operare una revisione delle organizzazioni di previdenza e assicurazione, eliminando le dispersioni e i duplicati, unificando e coordinando le varie forme di assistenza e, soprattutto, orientando l'assistenza stessa verso la categoria. In tal modo, difatti, la categoria contribuirebbe grandemente a diffondere la coscienza corporativa anche fra gli umili.

Concludendo, ricorda il monito del Duce, che dal concetto di filantropia si deve passare a quello di assistenza. È convinto che seguendo questo dettame si opererà sempre più potentemente per l'avvenire della Nazione.

L'on. Bognotti si occupa particolarmente della materia legislativa che regola le assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro. Si richiama alla discussione svoltasi nell'ultima sessione del Consiglio nazionale delle Corporazioni e si dichiara lieto che il concetto di riunire tutti i servizi presso un istituto parastatale trovi sempre maggiori consensi. Si augura che la questione, di così viva attualità, possa essere presto risolta adeguatamente. Si occupa delle mutue aziendali e ritiene che si debbano creare organismi d'un'efficienza tale da essere vivi e vitali e adatti realmente allo scopo per cui vengono creati.

Il sotto segretario alle Corporazioni on. Biagi nel suo ampio discorso si è soffermato, tra l'altro, sull'attività e sui lavori svolti dal Consiglio Nazionale delle Corporazioni, e della legislazione relativa agli infortuni sul lavoro e della revisione delle leggi sul lavoro. Ha annunziato prossimi i nuovi testi unici delle leggi del lavoro, che riguardano gli orari, la tutela delle madri ed il limite d'età per l'assunzione al lavoro dei fanciulli.

Soffermandosi sulla politica sociale attuata dal Regime, il Sottosegretario mette in rilievo che una delle forme assistenziali, che ha avuto maggiore estensione in questi ultimi tempi, è quella della mutualità nel campo delle malattie.

Accenna alla riforma dell'assicurazione infortuni, secondo il risultato della discussione al Consiglio Nazionale delle Corporazioni e le chiare direttive date dal Capo del Governo.

Come primo provvedimento, sarà attuata la riforma degli organi dell'assicurazione, che verranno coordinati in un istituto unico, contemperando in esso, specie dal punto di vista tecnico, le esigenze delle singole categorie. Attuata questa riforma sarà necessario rivedere i sistemi di liquidazione e l'oggetto dell'assicurazione, in modo che la riforma sia completa e risponda alle esigenze sociali del Regime, secondo la dichiarazione XXIII della Carta del lavoro.

Le opere igieniche compiute dal Regime.

Discutendosi alla Camera il Bilancio dei Lavori Pubblici, S. E. Crollalanza ha dato un breve riassunto dell'attività svolta nel campo delle opere igieniche eseguite in parte dallo Stato e in parte dai Comuni con vari contributi.

Il numero dei Comuni ai quali l'Acquedotto Pugliese ha già fornito l'acqua è salito da 55 a 158 e le spese per i lavori eseguiti ammontano a 505 milioni.

In complesso, nel decennio ben 2193 Comuni con dieci milioni di abitanti sono stati dotati di acquedotti o hanno visto assicurata dai lavori in corso la alimentazione idrica, con una spesa già sostenuta o impegnata di oltre un miliardo ed 800 milioni di lire.

Sono state costruite o sono in corso di costruzione fognature in 357 Comuni con una popolazione di circa 2 milioni e 500 mila abitanti per una spesa di circa 280 milioni, e risultano inoltre costruite altre opere igieniche per circa 150 milioni.

Questi risultati non si debbono soltanto alla larghezza di mezzi messi a disposizione dal Regime, ma anche, e principalmente, al clima storico creato dalla Rivoluzione fascista, all'ordine nuovo instaurato nello spirito e nelle cose, alla passione ed alla volontà che caratterizzano la grande impresa.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUAVIVA PLATANI (*Caltanissetta*). — Scad. 10 mag.; età lim. 40 a.; L. 9000 e 5 quinquenni di L. 800; riduz. 12 %; se uff. san. L. 500.

ANZIO. (Vedi ROMA).

BASÉLICE (*Benevento*). — Scad. 20 apr., L. 9500 e 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.

BATIGNANO (*Grosseto*). — Scad. 31 mar.; età lim. 35 a.; L. 10.000 oltre c.-v. e L. 1000 indenn. complementare.

BOLZANO. *R. Prefettura*. — Scad. 30 apr., ore 18; uff. san. del capoluogo; L. 15.000 e 5 quadrienni dec.; oltre L. 2000 serv. att., titoli ed esami; doc. a 3 mesi da 27 feb.; età lim. 45 a. Chied. annunzi.

BORONE (*Nuoro*). — Scad. 20 mag.; per due frazioni; L. 9500 oltre c.-v. L. 840; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

CAMPOLONGO MAGGIORE (*Venezia*). — A tutto il 30 apr.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., se uff. san. L. 800, c.-v., p. trasp. L. 1000-2500-3000-4000; addizion. L. 5 oltre i 1000 pov. e L. 10 oltre i 1500; deduz. 12 %; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 30 gen.

CARPINETO NORA (*Pescara*). — Scad. 15 mag.; L. 9000 e 4 quadrienni di L. 500, per uff. san. L. 500; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

CASTELMORRONE (*Napoli*). — Scad. 15 mag.; L. 9500 e 3 quadrienni dec., riduz. 12 %; età lim. 40 a., doc. a 3 mesi.

CATANIA. — Per titoli ed esami. Posto di Direttore del Consorzio antitubercolare di Catania. Stipendio annuo L. 24.000 lorde; scadenza del con-

corso ore dodici del 12 maggio 1933. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio presso l'Amministrazione Provinciale di Catania.

CODOGNO (*Milano*). — Per titoli. Posto per la seconda condotta interna. Scadenza 15 maggio 1933. Per le altre informazioni chiedere avviso di concorso alla Segreteria del Comune.

DARFO (*Brescia*). — Scad. 31 mag., ore 18; per Casino Boario; L. 10.000 e 6 quinquenni dec. oltre c. v.; riduz. 12 %; L. 2000 per mezzo celere di trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; dec. a 6 mesi dal 28 feb.

ESCALAPIANO (*Nuoro*). — Scad. 30 apr.; L. 7920 e c.-v. se il titolare è coniugato.

FASANO (*Brindisi*). — Scad. 24 mag.; L. 8000 e 5 quadrienni dec., L. 3000 cavalc.; età lim. 40 a.

FRAEOSA SOTTANA (*Cuneo*). — Scad. 31 mar.; L. 9000 oltre L. 500 uff. san., indenn. trasp. a seconda del mezzo; età lim. 40 a.

GIOVE (*Terni*). — Scad. 31 mar.; L. 8000 oltre L. 600 serv. att., L. 500 se uff. san.; 5 quinquenni dec.

LECCE. *Amministrazione Provinciale*. — Posto di Direttore della Sezione medico-micrografica del Laboratorio provinciale di igiene e profilassi: lire 13.500 con tre aumenti quadriennali di L. 800 ciascuno sino a raggiungere L. 15.900 oltre il supplemento di servizio attivo di annue L. 2800, con un massimo totale di L. 18.700, indennità di caroviveri e compartecipazione utili. Ritenute e riduzioni come per legge. Documenti di cui all'art. 8 del R. D. 16 gennaio 1927, n. 155. Vaglia di L. 50,10. Scadenza ore dodici del 16 giugno 1933. Obbligo della residenza fissa nel Capoluogo. Chiarimenti presso la Segreteria Generale.

MANDANICI (*Messina*). — Scad. 31 mar. L. 9000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 500 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

MASSANZAGO (*Padova*). — Scad. 10 apr.; L. 9000 per 1000 iscritti, addizionale L. 5, 5 quadrienni dec., L. 800 trasp., L. 600 se uff. san.; c.-v.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — Scad. 15 mag.; 6 assistenti con funzioni di interno; L. 5600 oltre L. 360 serv. att.; età lim. 35 a.; tassa L. 50. Rivolgersi al Consiglio, via Ospedale 5.

MONTECAROTTO (*Ancona*). — Scad. 30 giorni dal 10 marzo; 2ª cond. (rurale); età lim. 40 a. al 10 mar.; doc. a 3 mesi; L. 8500 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v. e L. 1000-2000-3000 trasp.; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

POGGIO SANNITA (*Benevento*). — Scad. 30 apr.; L. 5450 e 3 quinquenni dec., indenn. cavalc.; età lim. 45 a.

PRAGELATO (*Torino*). — Scad. 15 mag.; L. 7920 e quinquenni dec., oltre L. 440 alloggio, L. 440 trasp., L. 440 se uff. san.; età lim. 45 a.

PRESEGLIE (*Brescia*). — Fino alle ore diciotto del giorno 25 aprile 1933 è aperto il concorso per titoli al posto di medico condotto del comune di Preseglie Bando e chiarimenti presso la Segreteria Comunale di Preseglie (Brescia).

RHO. (*Milano*). *Posto di Ufficiale Sanitario*. — Per titoli ed esami. Scadenza 31 maggio 1933. Età massima 45, Stipendio L. 14.000. Cinque aumenti quadriennali. Caroviveri statale. Indennità servizio attivo L. 3000, trasporto 1500 per motocicletta o 3500 per automobile. Compensi secondo tabella. Stipendi e assegni lordi da riduzioni e trattenute di legge. Tassa concorso L. 50. Per chiarimenti rivolgersi Municipio di Rho.

ROMA. *Opera Pia degli Ospizi Marini per i fanciulli poveri della Città e Provincia*. — Scad. 25 maggio, ore 19; chirurgo negli Ospizi marini di Anzio; L. 6000 oltre L. 1200 serv. att.; riduz. 12 %. Non è fatto obbligo della residenza in Anzio, ma il chirurgo dovrà recarsi sul posto almeno una volta la settim. ed ogni qualvolta venga chiamato d'urgenza dal Direttore; età lim. 25-45 a.; doc. a 3 mesi dal 25 febbr.; tassa L. 50. Chied. annunzio. Rivolgersi all'Ufficio d'Amministraz., via S. Vincenzo 32 (angolo Piazza Trevi).

ROVIGO. *Comune*. — Scad. 18 apr., ore 17; IIª condotta rurale; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L 1900 serv. att., c.-v., addizion. L. 5 oltre i 1000 pov. ma non oltre L. 1000, per trasp. L. 1000-1500-3000; ambulat. L. 500; riduz. 12 %; età lim. 45 a.

S. MARZANO DI S. GIUSEPPE (*Taranto*). — A tutto il 30 mar.; L. 9240 già depurate del 12 %, oltre L. 440 uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; voti di esami; doc. a 3 mesi dal 20 feb.

SARMEDE (*Treviso*). — Scad. 15 mag., L. 9500 e 5 quinquenni dec., oltre L. 500 uff. san., L. 400 ambulat., L. 2500 motocicletta o L. 3500 automob., addizion. L. 5 oltre il 10 % della popolaz.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; alloggio per L. 700; tassa L. 50.

SARSINA (*Forlì*). — Scad. 31 mar.; L. 11.000 e 10 bienni ventes., oltre L. 3000 cavalc., c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

SENIGA (*Brescia*). — Per titoli: condotta tutta in pianura, abitanti n. 2520. Periodo di prova anni 2; stipendio L. 9000; indennità per mezzo di trasporto (automobile) L. 3000. Assegno ufficiale sanitario L. 600. Trattenute di legge. Documenti di rito di data non anteriore a tre mesi. Scadenza ore dodici del 20 aprile 1933. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Comune.

SULMONA. *Casa Santa dell'Annunziata*. — Concorso assistente medico. Scad. 10 apr.; lim. a. 35; stip. L. 3000, indennità vitto L. 2400; ambedue gli assegni lordi di R. M. e del 1 %, oltre l'alloggio gratuito in Ospedale. Durata della nomina di anni due.

TARANTO. *Consorzio Prov. Antitubercolare*. — Scad. 1 apr., ore 12; medico capo reparto del Sanatorio Antitub. di Grottaglie; L. 7200 oltre L. 2400 indenn. vettura; è consentito il libero esercizio; rivolgersi alla Segreteria del Consorzio, presso la Amministr. Prov. - Palazzo degli Uffici.

TICENGO (*Cremona*). — Scad. 30 apr., con Cumignano; L. 11.5000 per 1000 poveri; addizionale L. 2,50; se uff. san. L. 2500; ambulat. L. 600; trasp. L. 3520.

TIGLIOLE (*Alessandria*). — Per titoli. Stipendio annuo L. 7000, con quattro aumenti quinquennali di un decimo computato, agli effetti della maturazione del primo aumento, il periodo di prova che è di anni due, con disdetta di due mesi prima. Indennità di alloggio L. 500 annue; indennità di cavalcatura L. 2000 annue. Stipendio e indennità sono soggetti alla riduzione del 12 % e alle altre trattenute di legge. Età massima anni 45

salvo eccezioni di legge. Scadenza ore diciasette del 26 aprile 1933. Per ulteriori notizie sui documenti da presentare, loro modalità, ecc., chiedere il bando di concorso alla Segreteria del Comune.

TREVISO. *Ospedale Civile « Elena di Savoia ».* — Per titoli. Posto di primario della Divisione Radiologica e Radium-Terapica: assegno annuo lire 7500 lorde, ridotte del 12 %; cinque aumenti quadriennali del 10 %; eventuale indennità caro-viveri; compartecipazione negli utili per cure dozzinanti. Scadenza 20 maggio 1933. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria.

TRIESTE. *Ospedali Comunali.* — Direttore; lire 30.000 oltre L. 600 serv. att. e L. 6000 alloggio. Un biennio di direttore in Ospedale del Regno con almeno 800 letti.

TRIPOLI. *Ospedale Vittorio Emanuele III.* — Il bando di concorso al posto di direttore è stato revocato.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Concorso « Ehrlich »

La « CO-FA » Compagnia Farmaceutica S. A. bandisce un Concorso intitolato al nome di « Paolo Ehrlich » e riservato a tutti i Medici italiani, coi seguenti temi: *a*) Il Neosalvarsan nella terapia della sifilide; *b*) Il contributo del Neosalvarsan alla diminuzione della sifilide; *c*) Il Neosalvarsan nella terapia di malattie non luetiche. I concorrenti non possono mandare più di un lavoro. Il concorso è dotato di: due primi premi di L. 4000, cadauno; due secondi premi di L. 2500, cadauno; due terzi premi di L. 1000, cadauno. Il termine utile per la presentazione dei lavori scade il 31 dicembre 1933. I lavori dovranno essere inviati, raccomandati senza indicazione del nome del mittente, alla Ditta « CO-FA » Compagnia Farmaceutica S. A. (Milano, Piazza S. Agostino, 1); modalità consuete. La Commissione aggiudicatrice del concorso è così composta: proff. Giuseppe Mariani (Bari), Mario Truffi (Padova), Giorgio Falchi (Sassari), dott. Giorgio Hanau (Milano).

Fondazione Luigi Devoto.

È aperto il concorso per il premio biennale internazionale di L. 10.000 all'autore di un lavoro, il quale « abbia portato un contributo risolutivo su di un punto della patologia del lavoro ». Sono ammessi soltanto lavori pubblicati dal 1° gennaio 1932 al 31 dicembre 1933, in lingua italiana, francese, inglese, spagnola o tedesca; i concorrenti stranieri dovranno unire un sunto in italiano o francese. Le opere dovrano essere indirizzate al R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, via Brera 28, Milano, entro le ore 15 del 31 dicembre 1933.

BORSE DI STUDIO.

Il Ministero dell'Educazione Nazionale ha bandito due concorsi a otto borse di studio di perfezionamento presso un Istituto superiore nazionale ed estero, per l'anno accademico 1933-34; una di esse è da conferirsi per la Facoltà di medicina e chirurgia.

Le norme dei bandi di concorso sono contenute nella « Gazzetta Ufficiale », n. 50.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Serafino Belfanti, direttore dell'Istituto Sieroterapico Milanese, è stato eletto membro dell'Accademia Tedesca dei Naturalisti, che è la più antica e reputata accademia scientifica della Germania. Ce ne compiacciamo con l'illustre studioso.

Il prof. Andrea Luppino è nominato, in esito a concorso, direttore sanitario dell'Ospedale S. Antonio in Trapani.

Il prof. sen. Alessandro Lustig, su proposta del Capo del Governo, è nominato cavaliere di Gran Croce e decorato del Gran Cordone dell'Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro.

Il prof. comm. Giovanni Orsi, direttore dell'Ufficio d'igiene e sanità del Comune di Napoli, membro del Consiglio Superiore di Sanità, è nominato cavaliere nell'Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro.

NOTIZIE DIVERSE.

Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Si è adunato sotto la presidenza di Guglielmo Marconi ed ha preso in esame il programma di ricerche da svolgere nel 1933.

Per i problemi dell'alimentazione di cui si occupa la speciale Commissione costituita presso il Comitato per la biologia, il programma per il 1933 comprende un vasto campo di ricerche sperimentali intese a favorire le conoscenze, che fanno assolutamente difetto, sulla composizione chimica, il valore calorico e il contenuto vitaminico dei nostri alimenti abituali, sul metabolismo basale degli italiani secondo l'età, il sesso e le condizioni generali di vita e sulla razione alimentare che spetta ai bambini ed agli adulti, alle donne gestanti ed allattanti, ai lavoratori d'ogni categoria, ai militari di terra, di mare e dell'aria, a coloro che fanno parte di varie comunità, ecc.

Il Comitato per la medicina proseguirà anche quest'anno il suo vasto programma di ricerche che sta svolgendo sistematicamente da alcuni anni.

Siccome gli studi epidemiologici del tifo, hanno dato risultati tali che la Direzione generale della Sanità pubblica, avendoli conosciuti, ha deciso di applicarne i corollari profilattici nelle stesse zone abitate dove furono compiuti gli studi, in attesa che si conoscano i frutti delle pratiche applicazioni cui provvede la Direzione di Sanità, si è ritenuto di sospendere per quest'anno tali ricerche.

Saranno sviluppate invece quelle sul reumatismo, problema importante che si sta affrontando con nuovi indirizzi.

Altrettanto dicasi delle ricerche sull'uso benefico dei sieri di convalescenti di malattie infettive diverse, nella cura e nella profilassi delle medesime.

Gli studi già eseguiti sull'anchilostomiasi hanno messo in luce da una parte l'esistenza di portatori sani di anchilostoma, e dall'altra la possibilità che le larve di questo possano penetrare nei tessuti vegetali, e dare quindi ad alcuni ortaggi il valore di veicoli dell'infezione. Si è deciso perciò di proseguire tali ricerche, affidandole ad Istituti in regioni differenti.

Si continueranno anche le ricerche fisico-patologiche sugli atleti, presso il Comitato Olimpionico.

Oltre il proseguimento delle dette ricerche, il programma per quest'anno comprende due argomenti nuovi. Uno si riferisce allo studio dei rapporti che intercedono tra alterazioni ossee e paratiroidi, l'altro riguarda i recentissimi studi sulla etiologia della malaria, studi che fanno intravvedere l'esistenza di una forma filtrabile dei parassiti specifici.

La "Giornata del Fiore" per l'assistenza antitubercolare.

La Direzione Generale di Sanità ha inviato a tutti i Prefetti una circolare che dispone anche per quest'anno la celebrazione della « giornata del fiore e della doppia croce » e della 3ª campagna del bollo chiudi-lettera.

La circolare raccomanda di intensificare i metodi di organizzazione e d'azione, affinchè la nuova campagna sia sempre più proficua per la propaganda antitubercolare e per la raccolta dei fondi a beneficio dell'assistenza dei tubercolosi poveri.

La data di apertura è fissata nella ricorrenza della domenica delle Palme (9 aprile), sia per la « giornata del fiore e della doppia croce », sia per la campagna del bollo chiudi-lettera; ma quest'ultima dovrà essere proseguita fino alla domenica 14 maggio.

L'organizzazione, come nello scorso anno, è affidata alla Federazione nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi, e affinchè la manifestazione possa raggiungere una vera unità nazionale, il materiale di propaganda dovrà essere fornito ai Consorzi provinciali antitubercolari dalla detta Federazione.

La circolare raccomanda infine che di quanto precede sia data notizia al rispettivo Consorzio provinciale antitubercolare avvertendo che le somme ottenute in seguito alla celebrazione della « giornata del fiore » devono essere destinate possibilmente per l'assistenza dei tubercolosi poveri.

Congresso italiano di medicina legale generale e assicurativa.

Nei giorni 1-4 giugno avrà luogo in Roma la V riunione dell'Associazione italiana di medicina legale, nell'Istituto di medicina legale dell'Università. Il Congresso si svolge sotto gli auspici della Cassa Nazionale Infortuni, della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni e del Sindacato nazionale fascista dei medici.

In questi giorni, ad invito del « Comitato organizzatore » presieduto dal professore Salvatore Ottolenghi, si è riunito il « Comitato di collaborazione » che ha votato un plauso al programma del Congresso che per la prima volta riunisce in un comune lavoro medici legali e medici di assicurazioni e sanitari, allo scopo di favorire le ricerche scientifiche che valgano a renderne sempre più efficace il compito della medicina nell'applicazione delle leggi penali e sociali, di illustrare e precisare i più importanti problemi pratici della medicina legale delle assicurazioni e di interessare a questi problemi il maggiore numero di sanitari ai quali sono assegnati dalla legislazione fascista compiti medico-legali sempre più importanti secondo il programma della Carta del Lavoro.

46° Congresso francese d'oftalmologia.

La Società Francese d'Oftalmologia si adunerà a Parigi nei giorni 28 giugno e seguenti. Tema in discussione: « Congiuntiviti follicolari »; ne sarà relatore Morax. Il 27 giugno avranno luogo una visita alla città universitaria, una gita alla « Vallée aux Loups » e un banchetto a Versaglia. Rivolgersi al segretario generale, dott. René Onfray, avenue de la Motte Pirquet 6, Paris VIIe.

27° Congresso tedesco di patologia.

La Società tedesca di patologia si adunerà dall'8 al 10 giugno in Rostock (Mecklemburgo). Saranno discussi i temi: « Il glioma » (relatore: prof. Henschen di Stoccolma); « L'osteosarcoma » (relatori: proff. Obendorfer di Monaco e Ronjetzny di Dortmund).

Convegno regionale sulla tubercolosi.

Anzichè nei giorni 3 a 4 aprile come è stato primieramente annunziato, il Convegno regionale della Sezione Laziale della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi, avrà luogo durante i giorni 28 e 29 marzo, nell'Istituto « Benito Mussolini » a Porta Furba in Roma. Verranno presentate due relazioni:

Prof. E. Morelli: « Sistematizzazione dei vari metodi di terapia chirurgica della tbc. polmonare »; Prof. A. Omodei-Zorini: « Sull'associazione della frenicoexeresi al pnx. terapeutico » (nuova indicazione clinica). Si farà una visita al nuovo Istituto « Benito Mussolini » ed al Sanatorio « Cesare Battisti », in torpedoni a disposizione dei congressisti. Per informazioni rivolgersi al prof. Omodei-Zorini, Istituto « Benito Mussolini », Porta Furba, Roma.

Associazione medico-chirurgica catanese.

È risorta in Catania, con regolare statuto, per iniziativa di alcuni professori universitari, l'Associazione medico-chirurgica, per mezzo della quale si vuole rendere palese l'attività scientifica di quegli Istituti universitari.

L'interessamento delle Autorità accademiche fa bene sperare nella efficienza di tale istituzione.

La prima seduta è stata tenuta nell'Aula Magna della R. Università il giorno 7 marzo, sotto la presidenza del prof. Foderà, preside della Facoltà di medicina, e con l'autorevole intervento dei direttori delle Cliniche.

Corso complementare d'igiene.

Avrà luogo nell'Istituto d'Igiene dell'Università di Bari, a partire dal 3 aprile, per la durata di un bimestre, per aspiranti ai posti di carriera sanitaria, norme consuete; tassa L. 300 (da versare alla Banca Commerciale Italiana, sede di Bari).

Corso d'igiene scolastica.

Il primo del prossimo mese di maggio avrà inizio a Genova, nella sede dell'Istituto Universitario d'Igiene (in via Benedetto XV), un corso mensile teorico-pratico d'igiene scolastica per i laureati in medicina.

Quanti desiderano iscriversi dovranno presentare domanda in carta semplice, indirizzata al direttore del suddetto Istituto d'Igiene.

Poichè il numero degli inscritti non può, per tassative disposizioni ministeriali, superare quello di 20, le domande verranno registrate in ordine di arrivo.

Corso di patologia esotica e di parassitologia medica.

Nell'Istituto delle malattie navali e tropicali di Amburgo verrà tenuto un corso dal 2 ottobre al

16 dicembre. Risulterà di conferenze, dimostrazioni ed esercizi pratici sui seguenti soggetti: clinica, eziologia, anatomia patologica, epidemiologia, profilassi delle malattie esotiche; introduzione allo studio dei protozoi patogeni, dell'elmintologia e dell'entomologia medica, delle epizoozie, dell'ispezione delle carni, dell'igiene navale e tropicale. Il corso sarà tenuto dai proff. Fülleborn, Giemsa, Glage, Hecht, Martini, Mayer, Mühlens, Nauck, Nocht, Paschen, Regendanz, Reichenow, Sannemann, Sonnenschein, Vogel, Weise. I partecipanti al corso, purchè siano medici, potranno a richiesta sostenere un esame finale ed ottenere così un diploma.

Prospetti particolareggiati dietro richiesta. Si prega d'iscriversi non oltre una settimana prima dell'apertura del corso e d'inviare la corrispondenza all'« Institut für Schiff- und Tropenkrankheiten », Bernard Nocht-Strasse 74, Hamburg 4, Germania.

Corso di tisiologia infantile.

Si terrà dal 3 al 9 settembre nel « Prinzregent-Luitpold-Kinderheilstätte », di Scheidegg (Svezia); oltre ai medici dell'Istituto, prenderanno parte all'insegnamento i dottori Jessen e Stöcklin di Davos e il prof. Büchner di Friburgo (Svizzera); onorario marchi oro 8; gli ospiti riceveranno un trattamento completo per m. 4-4,5 al giorno. Rivolgersi al direttore dell'Istituto, Dr. Kurt Klare, Scheidegg, Allgaü, Svezia.

Conferenze e prolusioni.

L'on. prof. Nicolò Castellino ha tenuto il 6 corr., nell'aula della Prima Clinica Medica di Napoli, la prolusione al suo corso ufficiale di medicina del lavoro, in presenza dell'Alto Commissario S. E. Baratono, del preside della provincia on. Morisani e di altre autorità e personalità.

L'on. prof. Eugenio Morelli ha tenuto il 10 corr., nella sede dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni Sociali in Roma, una conferenza sul tema: « Organizzazione antitubercolare e assicurazioni sociali », alla presenza di un denso e scelto pubblico.

Per gli studi sulla tubercolosi.

La « Fondazione Carlo Forlanini » finanzia ricerche scientifiche sulla tubercolosi, con speciale riguardo a quella polmonare. Si invitano gli studiosi italiani, che ne abbiano in corso o in progetto, a volerne comunicare l'argomento alla sede della Fondazione entro il 30 giugno 1933, documentando la preparazione allo studio proposto e la possibilità di occuparsene in un Istituto, con una dichiarazione del direttore stesso. La somma deve essere impiegata in materiale di lavoro, eventualmente in apparecchi che non siano quelli che devono esistere in ogni laboratorio dove si fanno di queste ricerche, e in personale tecnico necessario alle ricerche stesse. La somma sarà erogata metà dopo l'assegnazione, metà alla fine della ricerca, dopo che la Fondazione avrà ricevuta una relazione sul lavoro compiuto e la documentazione delle spese fatte. Nella domanda va indicato il tempo presumibilmente necessario per svolgere lo studio proposto.

Presidente: prof. Luigi Zoja; vice-presidente: on. grand. uff. Antonio Stefano Benni; consiglieri: dott. Achille Aliprandi, prof. Adolfo Ferrata, prof. Ferdinando Micheli, prof. Achille Monti, prof. Enrico Ronzani; segretario: dott. Pino Somarelli.

Il collegio nazionale medico di Pisa.

Annessi alla R. Scuola Normale Superiore di Pisa, e con gli stessi regolamenti in vigore nella Scuola, sono stati istituiti in Pisa il Collegio di Studi Corporativi « B. Mussolini » e il Collegio Nazionale Medico. In questo Collegio sono accolti finora quattordici tra studenti e perfezionandi della Facoltà medico-chirurgica, che beneficiano di borse di studio, assegnate da vari Enti e personalità.

La borsa di studio della Scuola di Perfezionamento in Pediatria, diretta dal prof. G. Fiore, è intitolata (come già riportammo) al nome della Fondazione « Gio. e F.lli Buitoni di Sansepolcro » ed è dovuta all'atto munifico del suo presidente, dott. comm. Giovanni Buitoni, ben noto alla classe medica per le sue benemerenze civiche ed industriali.

Centro oncologico a Genova.

Per invito del Ministro dell'Interno è stato istituito a Genova, presso gli Ospedali Civili, un « Centro per l'accertamento, lo studio, la cura e la profilassi dei tumori maligni »; esso è diretto da una commissione presieduta dal presidente degli Ospedali, gr. uff. dott. F. S. Mosso. Nell'Ospedale Pammatone (via Balilla) è stata organizzata una ambulanza consultiva per l'esame dei casi di difficile diagnosi e di discutibile condotta terapeutica: l'esame è affidato ad un Collegio medico, che potrà anche provvedere al ricovero nei vari Ospedali.

Al Centro Medico di New York.

È stato inaugurato, al Centro medico di New York, un nuovo Ospedale, destinato all'oftalmologia.

Gli architetti americani si sono ispirati alle installazioni della sala operatoria del dott. Le Mée nell'Ospedale Necker-Enfants Malades di Parigi (padiglione costruito con fondi donati dall'americano George Blumenthal); in particolare vi è una sovrastruttura con una cupola e specchi inclinati che permettono a numerosi studenti di seguire tutta l'operazione; il sistema di ventilazione è ad aria sterilizzata; la temperatura dell'aria è tenuta costante in ogni stagione.

Nuova Scuola di puericoltura a Parigi.

Il 5 marzo è stata inaugurata a Parigi una nuova scuola di puericultura al boulevard Brune (porte de Vannes). Alla cerimonia intervennero il presidente della Repubblica ed i ministri dell'educazione nazionale e della sanità pubblica. La scuola occupa un grandioso edificio (di sei piani, oltre il seminterrato).

Donazioni e legati.

Il sig. Antonio Crocetta, morto a Milano, ha legato tutto il suo patrimonio, ascendente ad oltre un milione di lire, a quell'Ospedale Maggiore.

La sig.a Katherine Freel ha legato 86.591 dollari, pari ad oltre un milione e mezzo di lire it., alle istituzioni di New York per il trattamento del cancro incurabile.

Gli Ospedali Riuniti per Tommaso de Amicis.

Il Consiglio di Amministrazione degli Ospedali Riuniti, aderendo ad un voto espresso da tutti i Sanitari e per onorare la memoria del grande Maestro della Clinica Dermosifilopatica Tommaso de Amicis, ha deliberato di intitolare al suo nome la sezione Dermosifilopatica nell'ospedale della

Pace. I nuovi reparti di questa sezione saranno prossimamente inaugurati insieme al gabinetto radioterapico, che sorge nell'ospedale per munifico dono.

Nella stampa sanitaria.

Col 1933 è cambiato il corpo direttivo dell'« American Medicine »: al dott. H. E. Lewis, il quale tenne per moltissimi anni la carica di « editor » (redattore capo), subentra il dott. E. M. Kobler; questi avrà quale associato (vice-redattore) la dott.ssa Ira S. Wile; quale « managing editor » (amministratore), subentra il dott. L. D. Redmay a G. H. Waetjen. Il programma del periodico resta immutato.

Il problema del reumatismo in Spagna.

Alla Facoltà medica di Madrid, l'« Ateneo degli interni » ha organizzato un ciclo di conferenze sul reumatismo. La conferenza di chiusura è stata tenuta dal dott. Pascua, direttore generale della Sanità pubblica, il quale ha preso in esame gli aspetti medico-sociali del problema; ha fatto speciale riferimento all'Inghilterra.

L'unificazione in Francia della professione odontoiatrica.

Per l'unificazione della professione odontoiatrica in Francia si sono riuniti, sotto la presidenza del Ministro della Pubblica Istruzione, i rappresentanti degli Stomatologi e i rappresentanti dei Chirughi dentisti con a capo il dott. Giorgio Vilain, presidente dell'Associazione nazionale dei Chirurghi dentisti e presidente della Federazione dentaria internazionale.

Alla riunione erano anche presenti i deputati Cayrel, Marquet, Tille, Vincent, il direttore generale dell'Istruzione superiore Cavalier e il sig. Roussy, membro del Consiglio Superiore dell'Istruzione Pubblica.

L'accordo fra le due categorie è avvenuto ad unanimità sui seguenti punti: 1) la riforma degli studi dentari sarà integrata nel quadro generale del progetto per la riforma degli studi di medicina, dei quali gli studi dentari costituiscono una specialità; 2) la specialità buccodentaria (stomatologia) è considerata, a tutti gli effetti, come una specialità della medicina.

Esercizio dei medici stranieri in Germania.

La Lega medica tedesca rende noto un nuovo decreto che disciplina questo esercizio.

Gli stranieri autorizzati ad esercitare in Germania fruiscono di tutti i diritti dei medici di nazionalità germanica, salvo che non possono prestare la loro opera nelle Casse malattie (mutue per l'assistenza ai malati delle assicurazioni sociali obbligatorie), le quali presuppongono condizioni non soddisfatte dai medici stranieri. Questi sono sottoposti ai tribunali medici d'onore (deontologici); ma non possono essere elettori nè eleggibili in detti tribunali. Devono essere iscritti ad una Camera (Ordine) dei medici ed accettarne gli statuti.

Agitazione alla Facoltà medica di Strasburgo.

Vivaci incidenti hanno avuto luogo alla Facoltà medica di Strasburgo, contro il professore di anatomia chirurgica, Bellocq, il quale aveva difeso con impegno la nomina di due capi di clinica non provenienti dalla stessa Facoltà, il che è contrario alle tradizioni. (Essi provengono dalla Facoltà di Parigi e perciò sono considerati come stranieri !).

Medico centenario.

Il 23 febbraio il ten. gen. medico Luigi Montanari ha festeggiato un secolo di vita, nella sua Parma, circondato dall'affetto dei familiari e dalla riverenza di amici ed ammiratori. L'illustre vegliardo mantiene un corpo vegeto, i sensi integri ed una mente lucida, che partecipa alla vita dell'oggi, come corollario di quella così a lungo vissuta e di cui egli non è affatto stanco.

Agevolazioni ferroviarie per alcune stazioni termali.

Anche per la stagione estivo-invernale 1933, saranno ripetute, a vantaggio di talune stazioni termali, le medesime agevolazioni consentite durante il 1932 nei riguardi dei viaggiatori provenienti dall'estero. I ribassi, in ragione del 50 per cento sui biglietti di andata e ritorno, sono ammessi per i viaggiatori provenienti dall'estero che entreranno in Italia da uno dei transiti terrestri internazionali diretti alle stazioni di Acqui, Saint-Vincent, Salsomaggiore, Chianciano, Montecatini Terme, San Pellegrino, Fiuggi, Abano Terme, Levico e Agnano. Sia nel viaggio di andata che in quello di ritorno ciascuna fermata intermedia non potrà superare la durata di 24 ore. È prescritto un periodo minimo di permanenza nella stazione termale fissato in dieci giorni.

Gli alberghi della Mendola e la loro trasformazione in Sanatorio.

Il giudice istruttore cav. Fonzi, del Tribunale di Roma, con recente sentenza ha chiuso una vertenza giudiziaria, aperta in seguito a denunzia del dott. Enrico Roseo, il quale era stato incaricato dal finanziere Angelo Pogliani di studiare e di attuare la trasformazione degli alberghi della Mendola in Sanatori antitubercolari. Il Pogliani era portatore di tutte le azioni della Società Alberghi della Mendola Insieme al Pogliani, il dott. Roseo denunciò gli ex-amministratori e sindaci della Società prof. Nicola Sforza, Giacomo Battistelli, professor Enea Cerè, prof. Alfredo Combe, avv. Giovanni Miragoli e Giuseppe Sanengo, e contro di essi venne aperta una istruttoria per diverse imputazioni. L'ampia ed esauriente sentenza, dopo aver ampiamente esaminati i fatti, conclude coll'accettare le proposte del P. M.: per Pogliani, Cerè, Combe, Miragoli e Samengo dichiara estinta l'azione penale; per il Battistelli e lo Sforza, la sentenza esclude qualsiasi azione criminosa e li assolve per non aver commesso i reati loro attribuiti. In modo speciale, il cav. Fondi, esaminando — sia dal lato giuridico che da quello morale — la posizione del Battistelli, dice che l'istruttoria ne ha messo in luce l'alta figura morale, ed asserisce che egli fu mosso da un purissimo intento sentimentale, tanto da assumere anche l'impegno di contribuire alla impresa umanitaria con somma non lieve.

Incrocio dell'uomo con la scimmia.

All'assemblea dell'Associazione americana per il progresso delle scienze tenutasi ad Atlantic City, un biologo dilettante fece, il 30 dicembre u. s., la sorprendente dichiarazione che, nel Turchestan russo, erano in corso delle esperienze di ibridismo tra l'uomo e gli antropoidi.

Ulteriori notizie ha dato al riguardo il dott. Howell S. England, dell'Accademia delle Scienze del Michigan. Egli ha informato che le ricerche vengono eseguite dal dott. Elia Ivanoff, specialista in « fecondazione artificiale ». L'incrocio viene tentato tra l'uomo e il cimpanzè. L'Ivanoff aveva

chiesto, mentre era a Parigi, una somma di circa 500.000 franchi per le spese; non essendo riuscito a procurarseli, il Governo russo gli ha facilitato la ricerca del denaro necessario, dopo di che, l'Ivanoff si è trasferito nel Turchestan, con alcuni cimpanzè, per intraprendere immediatamente le ricerche. Temporaneamente egli vive appartato dai centri scientifici ai quali prepara una sorpresa. I genetisti però credono che l'orrenda mostruosità sarà inattuabile...

(Da « Medicina Ibera », 4 marzo 1933).

Il prof. UMBERTO GABBI, spentosi improvvisamente il 6 marzo, era nato a Casteldidone (Cremona) il 29 aprile 1860.

Si era formato a Firenze nella scuola del Federici, che lo volle assistente ed aiuto. Nominato alla cattedra di clinica medica di Messina, vi rimase per vari anni; in seguito al disastro tellurico, ricevette per 8 anni ospitalità nella Clinica medica di Roma, diretta dal Baccelli, e vi impartì quale comandato dal Ministero della P. I. l'insegnamento della medicina tropicale. Poi fu chiamato alla cattedra di Clinica medica di Parma e non se ne n'è più allontanato.

Spetta al Gabbi il merito di aver segnalato, nell'Italia meridionale e nelle nostre Colonie, alcune malattie proprie dei paesi caldi: in particolare il kala-azar. È stato il Gabbi ad imprimere impulso allo studio delle malattie tropicali e subtropicali.

In rapporto con questo campo di ricerche, egli ebbe a fondare, nel 1910, la « Società italiana di medicina esotica ».

La febbre ondulante è stata dal Gabbi inquadrata e clinicamente ben definita.

Il Gabbi ha pubblicato varie opere: una « Semeiotica » (manuale Hoepli); le « Malattie tropicali e pestilenziali esotiche » (in 2 volumi); un « Trattato di Patologia esotica ». Va segnalato anche il suo volume di lezioni cliniche. Ha dato alla luce numerose memorie. Si è dedicato al giornalismo medico militante ed ha fondato vari periodici di medicina: il « Segno » (1890), il « Borelli » (1907), l'« Archivio trimestrale delle malattie tropicali della Sicilia e della Calabria », « Malaria e malattie dei paesi caldi » (1909-1917); attualmente dirigeva il « Giornale di Clinica Medica » (dal 1920) e l'« Archivio Fascista di Medicina politica » (dal 1927).

Molta parte della sua attività venne esplicata in commissioni ed in missioni di studio.

Partecipò alla guerra libica quale membro autorevole della Commissione per lo studio e la difesa dell'Armata dalle malattie esotiche e ricevette un encomio solenne per l'opera prestata in quell'occasione.

Nella grande guerra, nominato maggiore generale medico di complemento del 7° e del 9° Corpo d'Armata, fu al fronte in zona d'operazioni. Dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica venne poi incaricato di missioni per lo studio dei focolai di malattie esotiche scoppiati nelle retrovie e per la difesa contro di essi. Nel 1918 e nel 1919 fu incaricato dello studio della pandemia influenzale. Presiedette anche una missione per lo studio delle malattie dominanti nelle Colonie italiane del bacino del Mediterraneo; una missione per lo studio della dengue in Grecia; una missione per lo studio delle malattie in Eritrea, e di quest'ultima pubblicò, in un ricco volume, il resoconto, insieme ai suoi collaboratori.

Militò nel partito liberale di destra, fino a quando passò nel Fascismo; fu membro del Direttorio del Fascio di Parma e, per breve tempo, vice-segretario di quella Federazione. Venne eletto deputato fascista nella XXVII legislatura e fatto senatore il 2 marzo 1929.

È rimasto operoso fino all'estremo.

M. P.

È morto a Trieste, in età di 50 anni, il prof. SILVIO CANESTRINI, cultore degli studi neuropsichiatrici. Tra le sue pubblicazioni segnaliamo quelle relative alla semiologia della paralisi infantile ed alla vita psichica dei neonati. R. M.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

VOLUME SECONDO.

PARTE PRIMA.

1. **Chirurgia dell'orecchio** - Prof. G. FERRERI, Perugia.
2. **Chirurgia delle fosse e faringe nasali e cavità annesse** - Prof. G. FERRERI, Perugia.
3. **Chirurgia del viso** - Prof. S. GUSSIO, Catania.
4. **Chirurgia dei mascellari** - Dott. G. MATRONOLA, Roma.
5. **Chirurgia della bocca, lingua e ghiandole salivari** - Dott. M. ASCOLI, Roma.
6. **Chirurgia della laringe e della faringe** - Prof. G. FERRERI, Perugia.

PARTE SECONDA.

7. **Chirurgia del collo**: Malformazioni congenite - Dott. P. VALDONI, Roma; Malattie infiammatorie - Dott. P. VALDONI, Roma; Tumori - Dott. P. VALDONI, Roma.
8. **Chirurgia della tiroide e paratiroidi** - Dott. M. ASCOLI, Roma.
9. **Chirurgia della mammella** - Prof. R. BRANCATI, Parma.
10. **Chirurgia del torace**: Pareti toraciche - Dott. M. ASCOLI, Roma; Mediastino e timo - Dotto toracico - Dott. M. ASCOLI, Roma; Esofago - Dott. M. ASCOLI, Roma; Pleura - Polmoni - Dott. M. ASCOLI, Roma; Cuore, pericardio e grossi vasi - Dott. M. ASCOLI, Roma; Diaframma - Dott. M. ASCOLI, Roma.
11. **Chirurgia dell'apparato genitale femminile** - Dott. A. CERMENATI, Teramo.

VOLUME TERZO.

1. **Chirurgia delle parti molli e delle ossa del cranio** Dott. A. CHIASSERINI, Roma.
2. **Chirurgia del sistema nervoso centrale**: Chirurgia del cervello - Dott. A. CHIASSERINI, Roma; Chirurgia del midollo spinale - Prof. L. DOMINICI, Perugia.
3. **Chirurgia dei nervi periferici e del simpatico** - Dott. A. CHIASSERINI, Roma.
4. **Chirurgia della colonna vertebrale** - Dott. S. CRAIN... Roma.
5. **Chirurgia del bacino** - Dott. P. STEFANINI, Roma.
6. **Chirurgia dell'apparato urinario**: Reni e ureteri Dott. E. MINGAZZINI, Roma; Vescica - Dott. E. MINGAZZINI, Roma; Prostata - Dott. E. MINGAZZINI e V. LOZZI, Roma; Uretra - Dott. V. LOZZI, Roma.
7. **Chirurgia dell'apparato genitale maschile**: Testicolo e deferente - Dott. G. MATRONOLA, Roma; Vescichette seminali - Dott. V. LOZZI, Roma; Pene - Dott. V. LOZZI, Roma.

VOLUME QUARTO.

Chirurgia dell'addome: Pareti addominali - Dott. P. VALDONI, Roma; Ernie - Prof. S. GUSSIO, Catania; Peritoneo - Prof. P. VALDONI, Roma; Fegato e vie biliari - Prof. L. DOMINICI, Perugia; Pancreas - Dott. L. DOMINICI, Perugia; Milza - Dott. P. VALDONI, Roma; Stomaco - Prof. G. BAGGIO, Cagliari; Intestino tenue e colon - Dott. P. VALDONI, Roma; Appendice - Dott. P. VALDONI, Roma; Retto e ano - Dott. P. VALDONI, Roma.

Il MANUALE, stampato su ottima carta, si comporrà di quattro volumi di complessive 2800 pagine circa e sarà riccamente illustrato con nitidissime figure, parecchie delle quali originali, in nero ed in tricromia.

AVVERTENZA

Il prezzo complessivo di copertina dei quattro volumi a stampa compiuta sarà di circa Lire Trecento, da potersi pagare anche a rate mensili di Lire 25 ciascuna, ma ai più solleciti sottoscrittori che invieranno subito l'impegno scritto di acquisto accompagnato da un primo versamento di Lire 25, la intera opera verrà ceduta in Italia per sole Lire 250. (*)

(*) Per l'estero aumentare il 10 % a causa delle maggiori spese postali occorrenti per la spedizione.

N.B. - Il numero delle copie ammesse a tale agevolezza è limitato a 500 ed il termine utile per beneficiarne scadrà il 30 aprile 1933.

Roma, 13 marzo 1933-XI.

Le prenotazioni di acquisto, come sopra è spiegato, vanno inviate all'Editore LUIGI POZZI, *Via Sistina, 14* - ROMA.

Staccare. . . . .

Signor LUIGI POZZI, editore — ROMA

Avendo preso conoscenza del Prospetto di pubblicazione del MANUALE DI CHIRURGIA *dedicato al prof.* ROBERTO ALESSANDRI, *come trovasi qui sopra annunziato, mi impegno di acquistare una delle prime 500 copie dei quattro volumi del predetto Manuale che concedete ai più solleciti sottoscrittori al prezzo di favore di L. 250.*

Pertanto vi invio contemporaneamente il mio primo versamento impegnativo di L. 25 e mi obbligo di pagarvi le rimanenti L. 225 in nove rate mensili di L. 25 ciascuna, col rimettervi ogni mese mio Vaglia Postale o Bancario di detto importo fino alla totale estinzione del debito.

In mancanza del mio diretto versamento mensile, vi riconosco il diritto di riscuotere da me l'importo della rata mediante Tratta Postale aumentata delle occorrenti spese.

Per qualsiasi controversia e per tutti gli effetti degli obblighi che derivano dal presente mio impegno, eleggo il mio domicilio in Roma presso il vostro Ufficio.

(Residenza, data e indirizzo ben chiari) ....

....

(Firma ben leggibile) .... *(Paternità)* ....

(Luogo e data di nascita) .... (..............................)

ANNO XL Roma, 27 Marzo 1933 - XI Num. 13

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI PADOVA

diretto dal Prof. ANTONIO GASBARRINI.

Tumore juxtamidollare a sede cervicale.

LEZIONE CLINICA del Prof. A. GASBARRINI, raccolta dal dott. FR. CASANOVA, assistente.

L'infermo, qui presente, porta un'affezione del sistema nervoso centrale, che molto interessa il medico per le sue possibilità terapeutiche. In un recentissimo Congresso di Chirurgia (Madrid 1932) eminenti chirurghi italiani e stranieri hanno rilevato la difficoltà di porre la diagnosi di certezza della malattia, di cui parleremo, malgrado i notevoli progressi della scienza neurologica.

Vi esporrò i rilievi e le varie ricerche cliniche, che ci hanno guidato nel concetto diagnostico e che ci permettono in piena tranquillità di coscienza di sottoporre l'i. ad un grave atto operatorio. L'esito di tale operazione, a cui vi invito di assistere, ed il decorso clinico post-operatorio ci diranno se, e fino a qual punto, il nostro concetto diagnostico sia stato fondato ed utile per la salute del paziente. Riassumo la storia clinica.

B. G. di a. 41, agricoltore, proviene da famiglia sana, ha tre fratelli, tutti in ottima salute. A 33 a. sposò donna sana, da cui ha avuto quattro figli; una prima gravidanza fu abortiva al quarto mese. Non ricorda di avere sofferto malattie nella giovinezza. Ha fatto la guerra in Asia Minore, contraendo febbri malariche (1918), che si ripresentarono, malgrado cure chininiche, per circa 1 anno e mezzo e poi scomparvero definitivamente. Uomo di robustezza superiore alla norma, si è sempre sottoposto a notevoli fatiche e strapazzi fisici, senza risentirne alcuna conseguenza.

Quattro anni fa ebbe a soffrire di un dolore intenso al braccio destro, che ritenne di natura nevralgica; non vi diede peso e non fece cure; il dolore scomparve spontaneamente nell'anno seguente. Nel Gennaio 1931 avvertì lieve senso di astenia generale; nel mese seguente comparvero dolori alla nuca, alle spalle, al braccio sinistro, erano dolori pressochè continui, gravativi, che cedevano talvolta soltanto durante il lavoro, particolarmente insistenti durante la notte. Anche il braccio destro andava soggetto a dolori, ma in grado assai lieve. Nell'Aprile ai dolori si aggiunse

una certa diminuzione di forza nella mano sinistra; erano colpiti, oltrechè i movimenti globali, anche e sopratutto quelli delle singole dita; questo disturbo andò sempre più accentuandosi, accompagnato da una certa ipotrofia dei muscoli della mano; anche la muscolatura del braccio si indebolì, però in grado minore e limitatamente a quella estensoria. Quasi contemporaneamente, anche l'arto inferiore di sinistra cominciò ad indebolirsi, senza però che tale perdita di forze fosse accompagnata o preceduta da dolori o parestesie. Questi disturbi furono giudicati di natura reumatica e, perciò nel 1931 l'infermo, che poteva ancora camminare, ma strisciando il piede sinistro, si recò ad una cura di fanghi per otto giorni. Non ne ritrasse alcun giovamento, poichè i dolori alle regioni descritte continuarono invariati e gli arti di sinistra divennero sempre più deboli. Inoltre, anche nell'arto inferiore destro era comparso qualche formicolio assai molesto. Nell'autunno dell'anno stesso l'arto inferiore di sinistra, oltrechè paretico, cominciò a diventare rigido e ad opporre resistenza anche nei movimenti passivi. Nello stesso periodo (Novembre) l'arto inferiore destro divenne pure paretico e rigido. In breve tempo si manifestò anche stipsi ostinata, con incontinenza. A metà Gennaio si aggiunsero tenesmo vescicale ed impotenza sessuale. L'arto superiore destro rimase indenne fino al Febbraio 1932, allorchè cominciò anch'esso ad indebolirsi; la paresi, associata all'atrofia, ebbe inizio, come nel lato sinistro, dalla mano (movimenti di flessione) e dalle dita, per estendersi ai muscoli del braccio. Questa successione morbosa costrinse l'infermo a tenersi per gran parte del giorno su di una poltrona e poi definitivamente a letto per l'assoluta impossibilità di servirsi degli arti inferiori.

Fu trasportato da noi l'8 Aprile 1932, cioè 19 giorni fa. Rendiamoci conto prima dello stato obbiettivo attuale; accenneremo poi alle variazioni avvenute durante la degenza dell'i. in Clinica.

Esame obbiettivo. È individuo di struttura scheletrica regolare, in buono stato di nutrizione e sanguificazione; non si palpano ghiandole nelle varie sedi. Nulla di patologico si rileva all'apparato respiratorio. Cuore in sede e limiti normali; toni cardiaci netti su tutti i focolai. Arterie periferiche normali, polso radiale ritmico, frequenza 96 al m'; pressione arteriosa (omerale destra): Mx = 122, Mn = 72 mm. Hg. (Riva-Rocci). Nulla a carico dei visceri addominali.

Sistema nervoso. Psiche, memoria, ideazione, affettività nell'i. appaiono perfettamente normali. Non disturbi nel sonno. Motilità volontaria ed affettiva dei muscoli mimici integra; oculomozione normale, se si eccettua una lieve deficienza nella ruotazione all'esterno dell'occhio sinistro, che, risale però alla prima infanzia e non ha quindi particolare valore.

Arti. Trofismo. Motilità. A carico degli arti spiccano subito alterazioni trofiche nella muscolatura degli avambracci e delle mani, assai spiccate bilateralmente, ma alquanto più evidenti a sinistra che a destra e nell'avambraccio, più a carico della regione flessoria che di quella estensoria. Dimensioni: braccio sinistro: 13 cm. sopra l'olecrano = 26 1/2 cm.; braccio destro: 13 cm. sopra l'olecrano = 28 cm.; avambraccio sinistro; 9 cm. sotto l'olecrano = 24 1/2 cm.; avambraccio destro: 9 cm. sotto l'olecrano = 25 cm.

In corrispondenza delle mani, la maggiore ipotrofia colpisce la faccia palmare; è sopratutto la mano sinistra che si appalesa spianata e particolarmente l'eminenza tenar, tuttavia anche alla sua faccia dorsale si dimostra un certo grado di ipotrofia dei muscoli interossei e della muscolatura del pollice. A destra questi fatti sono parimenti evidenti, se pure in grado minore.

L'atteggiamento assunto dalle dita, quando l'infermo vuole tenere la mano estesa, è di lieve flessione per l'anulare ed il mignolo di destra; le altre dita pure sono alquanto flesse, ma in grado minore; le dita della mano sinistra vengono, invece, estese discretamente. Il pollice di destra è leggermente addotto; a sinistra, invece, è in abduzione. Non sembra molto alterato il trofismo dei muscoli del tronco e degli arti inferiori. Alterazioni del tono si osservano, sia a carico degli arti superiori, in cui è manifestamente diminuito, che degli arti inferiori, ove, invece, spicca il notevole grado di ipertonia, che ostacola la esecuzione dei movimenti passivi, soprattutto a sinistra.

La motilità volontaria degli arti superiori è notevolmente alterata, specie nei movimenti delle dita delle mani e degli avambracci; così, mentre sono possibili i movimenti dipendenti dal deltoide, dal gran dentato, dal sottospinoso, dal sottoscapolare, sono alquanto indeboliti, soprattutto a sinistra, i movimenti del grande e piccolo pettorale, del bicipite, ed assai più, del tricipite. Inoltre tutti i movimenti dell'avambraccio, dipendenti dal pronatore rotondo e quadrato, dal corto supinatore, dal gran palmare, cubitale posteriore, sono molto indeboliti. Anche i movimenti delle dita, tanto di flessione che di estensione, sono quasi impossibili a destra e limitatamente soltanto sono possibili a sinistra; osserviamo in ciò una contraddizione con lo stato di trofismo, che a destra è meglio conservato; ci sarà, tuttavia, di aiuto a spiegarla l'esposizione che faremo in seguito sul decorso clinico della malattia durante la permanenza dell'infermo in Clinica.

Dinamometria alla mano destra: 0; alla mano sinistra: 2.

Agli arti inferiori è impossibile qualunque movimento volontario.

Sensibilità. Al capo, al collo ogni sensibilità è pronta, normale All'arto superiore destro pure ed al torace, fino circa all'altezza del manubrio sternale, ogni sensibilità è integra. Normale pure quella della mano, della faccia esterna del braccio, dell'avambraccio sinistro; invece, sulla faccia interna del braccio, in una limitata zona, e nel cavo ascellare sinistro, la sensibilità, soprattutto tattile, è alquanto diminuita. Assai più netti sono i disturbi al tronco. Si rileva qui notevole ipoestesia tattile e dolorifica, a partire da circa 3-4 cm. al disopra dell'areola mammaria sinistra verso il basso. Tale zona di spiccata ipoestesia si continua pressochè allo stesso livello anche posteriormente. A destra, invece, la sensibilità è normale, fino a tre dita circa sopra l'ombelico, e poi subentra una zona ipoestesica, che comprende tutto il restante addome, sia anteriormente che posteriormente (v. fig. 1 e 2).

Per quanto concerne gli arti inferiori, dirò che quello di sinistra è tutto uniformemente ipoestesico, come l'addome, il destro, invece, ha la maggiore ipoestesia nella parte superiore della coscia, anteriormente, e poi il disturbo diminuisce nella faccia antero-interna della gamba; il piede e la faccia posteriore di tutto l'arto, come pure la regione sacrale e perineale, sono bilateralmente indenni da disturbi. In tutte le zone ipoestesiche suddette

vi è notevolissimo disturbo della sensibilità termica, che si presenta alterata anche uniformemente negli arti inferiori ed alla regione sacrale, che, come abbiamo detto, è rispettata dagli altri disturbi delle sensibilità. Uguale comportamento dimostrano, sia la sensibilità vibratoria che quella dolorifica. Normale il senso stereognóstico degli arti superiori e di posizione. Non sembra alterato il senso barico agli arti inferiori; riesce, inoltre, difficile mettere in evidenza in questi ultimi ogni alterazione del senso di posizione, per lo stato di paraplegia.

Riflessi. I riflessi iridei alla luce ed all'accomodazione bilateralmente presenti e normali. Normale il riflesso masseterico.

FIG. 1.

Sono d'ambo i lati provocabili i riflessi radiali, non così i tricipitali ed i bicipitali. Non si provoca il cubito-pronatore. Riflessi addominali e cremasterici assenti. Agli arti inferiori: adduttori presenti e vivaci bilateralmente, esaltati pure i rotulei e gli achillei; a sinistra, e talvolta anche a destra, facilmente si provoca il clono della rotula e del piede. Evidente d'ambo i lati il fenomeno di Babinski, che a sinistra dà luogo spesso al fenomeno del ventaglio; pure evidenti i riflessi di difesa.

All'ingresso dell'i. nella Clinica lo stato di deficienza motoria e sensitiva erano assai meno spiccati di ora, benchè siano intercorsi soltanto una quindicina di giorni.

Nondimeno il disturbo di motilità a carico dell'arto superiore di destra, essendo di data più recente, non ha ancora permesso l'installarsi di una atrofia così spiccata, come a sinistra, ma la marcia del processo morboso è stata a destra assai più rapida ed ha condotto ad una deficienza funzionale, ormai più accentuata.

Riassumendo ora i dati anamnestici ed obbiettivi, risulta che il nostro malato, proveniente da famiglia sana, ha goduto buona salute fino al 1931 (se si esclude un incidente doloroso al braccio destro nel 1928-1929); in tale epoca insorsero dolori alla nuca, alle spalle ed al braccio sinistro.

Nel giro di due, tre mesi, ai dolori si associa paresi ed atrofia della mano e poi dell'avambraccio sinistro; contemporaneamente insorge una paralisi dell'arto inferiore sinistro con tutti i caratteri della paralisi spastica. Alla fine dell'anno, all'emiparesi sinistra si aggiungono disturbi genitali e sfinterici ed inizia una paresi spastica dell'arto inferiore destro, che nel Febbraio dell'anno in corso si estende altresì a quello superiore, cosicchè

FIG. 2.

oggi l'infermo, anche per una contemporanea paresi dei muscoli del dorso, è costretto all'immobilità quasi assoluta.

Esami di laboratorio: urine: normali; sangue: gl. r. 4.950.000, gl. b. 9300; linf. 17 %; mon. 8 %; neutr. 72 %; eos. 2 %; bas. 1 %. R. di Wassermann sul siero del sangue e sul liquor negativa.

La puntura lombare ci ha dato un liquido limpido, lievemente xantocromico, con alto contenuto albuminico (3,50 ‰, Brandberg), Nonne-Apelt, Pandy, Boveri: positive (+++). In contrapposto a questa iperalbuminosi sta un numero non molto elevato di cellule (27,5 elementi per mmq., Nageotte); nel sedimento del liquor: 82 % di polin, 13 % di linf., 5 % di grossi mononucleati; non rare cellule endoteliali. Le reazioni colloidali (benzoino, oro) ci danno curve normali.

Sulla base dei fatti rilevati si può dire che ci troviamo di fronte ad una malattia a decorso progressivo, senza remissione, che ha condotto ad un disturbo di motilità e di trofismo in vasti territorî muscolari, nonchè ad

un netto, se pur meno accentuato, disturbo di senso. La paraplegia spastica con tutti i segni dell'automatismo midollare ci indica senz'altro che la lesione colpisce il sistema nervoso centrale ed ha gravemente compromesso la via piramidale. L'assenza di ogni compartecipazione dei nervi cranici ci fa ammettere una sede midollare del processo morboso.

Quali sono dunque le malattie che colpiscono il midollo, capaci di darci una tale sindrome paralitica?

Innanzitutto la *malattia di Aran-Duchenne od atrofia muscolare progressiva acuta spinale*. È, come sapete, una forma morbosa, che può iniziare a qualunque età e sembra prediligere individui, come il nostro, che abbiano sopportato notevoli fatiche fisiche. Comincia con atrofia dei piccoli muscoli della mano, la quale, ad un certo momento, assume, come nel nostro paziente, l'aspetto della cosidetta « mano di scimmia »; poi l'atrofia si estende ai muscoli dell'avambraccio, del braccio, e con grande lentezza a quelli degli arti inferiori, infine ai muscoli innervati dal bulbo. Orbene, con facilità possiamo nel nostro caso escludere tale malattia, ricordando che essa, anche quando è puramente spinale, non dà mai segni di compromissione piramidale, e quindi, non esagerazione dei riflessi negli arti inferiori, non paraplegia spastica; inoltre, l'atrofia muscolare mielopatica si stabilisce nel primissimo stadio della malattia e non, come nel nostro infermo, dopo la instaurazione del disturbo di moto. Contro tale evenienza parla altresì la lesione delle vie sensitive, denunciata precocemente dalla comparsa di dolori nei territorî colpiti.

L'esistenza di tali disturbi delle sensibilità ci permette anche di escludere la *sclerosi laterale amiotrofica*.

Si potrebbe piuttosto pensare ad una *mielite* o ad una *sclerosi a placche*. Quanto alla prima di queste malattie, è da tener presente che una lesione del midollo cervicale ci può dar ragione sia della paraplegia ad evoluzione lenta e progressiva, sia dei disturbi delle sensibilità; ma devesi ricordare che la mielite, affezione di regola trasversale, il più delle volte colpisce egualmente e contemporaneamente gli arti inferiori e non separatamente, come nel nostro caso. Mancano, inoltre, nella mielite i distubi dolorosi radicolari, che nel nostro i. tennero, invece, a lungo il primo posto nel quadro morboso: essi valgono a differenziare la forma morbosa nel nostro i., sopratutto dalla *mielite sifilitica di Erb*, detta anche *paralisi spinale spastica sifilitica;* senza dire che i disturbi motorî degli arti inferiori nella mielite di Erb sono in genere di media intensità, moderati appaiono i riflessi di automatismo, e facilmente compartecipano i centri nervosi superiori; qui, invece, non troviamo il sintoma di Argyll-Robertson; manca, infine, qualsiasi dato anamnestico e sierologico (R. Wassermann negativa) in favore di una pregressa infezione luetica. Si tratta di una *sclerosi a placche?* Tale affezione, a sintomatologia quanto mai varia, può appalesarsi con un complesso di segni, identico a quello del nostro paziente. È tipica, infatti, della sclerosi a placche l'insorgenza di paraparesi coll'assenza dei riflessi addominali e cremasterici. Ma benchè talvolta la sclerosi multipla possa, per la mancanza o silenziosità dei focolai encefalici, ripetere del tutto il quadro di una mielite trasversa, vi sono dei dati nel nostro infermo che ci permettono di escludere questa possibilità; anzitutto, la sclerosi a placche si inizia per lo più con fenomeni paretici, ma sopratutto atassici degli arti inferiori, a decorso lento; inoltre, in essa si hanno raramente segni di automatismo midollare e disturbi degli sfinteri; infine, pur potendo comprendere l'assenza di alcuni sintomi fondamentali, come ad es. il nistagmo, il tremore intenzionale, l'impallidimento della metà temporale della papilla ottica, parlano contro la sclerosi multipla la precoce insorgenza di fenomeni irritativi (parestesie, algie radicolari).

Ci troviamo di fronte ad una *siringomielia?* Di solito essa si manifesta con atrofia muscolare e disturbi delle sensibilità a carico dei piccoli muscoli della mano, e poi gradualmente dell'avambraccio e del braccio. Ricordiamo, pertanto, che questa malattia ha un'evoluzione lentissima, che se pure può realizzare una paraplegia spastica per interruzione della via piramidale a livello della lesione, essa, peraltro, è lieve e tardiva, non mai, come nel nostro caso, quasi contemporanea al disturbo motore degli arti superiori; infine, la siringomielia si accompagna a disturbi trofici muscolari molto spiccati, ad alterazioni del trofismo delle articolazioni e della cute, che qui mancano; il disturbo delle sensibilità poi riguarda prevalentemente il senso termico e dolorifico, mentre nel nostro i. abbiamo una lesione pressochè uguale di tutte le sensibilità obbiettive.

Escluse tutte queste possibilità, non resta che pensare ad una *compressione midollare*. Orbene, tale evenienza è giustificata dal quadro clinico, che presenta il nostro infermo. Se immaginiamo una formazione patologica, che si sviluppi nel rachide ad una qualunque altezza, dobbiamo attenderci due specie di sintomi morbosi: gli uni determinati dalla lesione delle radici e dei centri midollari all'altezza della lesione stessa, e gli altri a distanza di essa, per interruzione delle vie, che uniscono i centri inferiori al cervello. Quanto ai primi (*signes lesionnels* di Foix), essi precedono cronologicamente gli altri e possono restare a lungo i soli, costituendo la cosidetta « fase algica o preparaplegica ». Le radici posteriori lese si rivelano, infatti, con dolori lancinanti, trafittivi, oppure continui, grava-

tivi, come nel nostro caso, estesi a tutto il territorio innervato dalla radice, e resistenti ad ogni terapia. Ove la lesione si estenda alle radici ed alle corna anteriori del midollo, avremo, come nel nostro malato, la paresi e l'atrofia dei muscoli dipendenti, con modifizioni dell'eccitabilità elettrica, fino alla R.D. Il modo di distribuzione dei territorî colpiti dall'atrofia muscolare e dai fenomeni irritativi di senso ha notevole importanza per la diagnosi di sede

I muscoli che nel nostro i. appaiono ipotrofici e paretici bilateralmente, sono: quelli del braccio, dell'avambraccio, della mano; essi hanno la loro innervazione radicolare fra il quinto segmento cervicale ed il primo dorsale. Identica localizzazione ci permette la descrizione dei dolori dall'infermo sofferti in passato (alla nuca, al braccio, sinistro). Ma qualche cosa di più possiamo dire: se la compressione si esercita sul rigonfiamento cervicale, essa deve essere più bassa del quinto segmento cervicale, altrimenti non riusciremmo a provocare il riflesso radiale, che ha il suo centro in C_5, nè deve interessare D_1 D_2, altrimenti avremmo con tutta probabilità una sindrome di Claude Bernard-Hörner, per lesione del centro cilio-spinale. Invece, pienamente si accorda con una lesione di C_7 C_8 l'inizio di atrofia e di paralisi nei muscoli della mano, l'assenza del riflesso cubito-pronatore (C_7 C_8) e di quello tropicale (C_6 C_7), il successivo estendersi dell'atrofia con paralisi ai muscoli dell'avambraccio e del braccio (C_5 e C_6). Passiamo ora ai sintomi sottolesionari: essi caratterizzano la seconda fase « paraplegica » della malattia. Nel nostro i. sono avvenuti in maniera tumultuosa ed ora esistono al completo. Si tratta, come vedete, di una paraplegia spastica con esaltazione dei riflessi tendinei, con tendenza alla contrattura in estensione. Ormai possiamo dire che la via piramidale, prima a sinistra, poi a destra, è stata quasi totalmente interrotta. Identico effetto il processo morboso ha avuto sulla via sensitiva: ecco così l'ipoestesia, che nel nostro caso coinvolge tutte le sensibilità superficiali e profonde; la zona ipoestesica comprende tutto l'arto inferiore sinistro, la parte superiore del destro, l'addome; a destra risale fino a poco sopra l'ombellico, a sinistra giunge fino al livello del manubrio sternale ed invade anche la regione ascellare; sono libere bilateralmente le regioni sacrale e perineale.

Che cosa ci dicono questi disturbi della sensibilità? Ne vediamo il limite superiore a sinistra coincidere con la zona di distribuzione del secondo segmento dorsale: questo limite del disturbo sensitivo è più basso, dunque, di quella regione che i disturbi di moto ci permettono di individuare. Ma sappiamo che i territorî cutanei ricevono l'innervazione sensitiva da più radici spinali, e perciò la sede della lesione (legge di Sherrington) deve stabilirsi circa due segmenti più in alto. Ed allora, ecco che dalla seconda regione dorsale dobbiamo risalire all'8° segmento cervicale; ciò coincide con la sede precisata più sopra. La piccola estensione della compressione midollare, che ha leso, forse, una sola radice, fa sì che non si trovi al di sopra della zona ipoestesica una zona completamente anestetica di origine radicolare, la quale ci permetterebbe di confermare la localizzazione esatta ed il lato della lesione. Un caso simile a questo voi lo trovate citato, ad es., dal Dejerine nella sua « Semiologie des affections nerveuses » 1914 fig. 454-455, a pag. 802: caso Sharanc): si trattava di un uomo di 24 a., che aveva ricevuto una pallottola nella colonna cervicale con compressione del VI segmento cervicale. Mancavano disturbi diretti radicolari della sensibilità, ma dal lato opposto alla emiplegia, e soltanto a partire dal III segmento dorsale. Nel nostro caso non abbiamo più una sindrome di Brown-Sequard, perchè la lesione ha già compromesso in maniera pressochè identica le due vie piramidali; possiamo dire, però, che la via sensitiva di destra è più profondamente lesa di quella di sinistra: infatti, le sensibilità incrociate sono maggiormente compromesse nelle aree cutanee di sinistra.

Stabilita così clinicamente l'esistenza e la sede di una compressione midollare, dobbiamo ricercarne i segni anche nel liquor C.R. Un primo dato ci è fornito dalla pressione, sotto cui il liquido fuoriesce; si ha, in genere, una pressione più bassa che di norma e soprattutto rapidamente discendente, dopo estrazione di poca quantità di liquido. Nel nostro i. abbiamo trovato una pressione circa normale (posizione seduta: 35-45), che però si abbassava rapidamente, dopo estrazione di soli 12 cc. di liquido, fino a 10 (Claude).

Altri insegnamenti importanti ci offre l'esame chimico del liquor, che dimostra un contenuto albuminico nel liquor della cisterna di 0.50 ‰, mentre nel liquor lombare troviamo il 2 ‰. Se a questa seconda cifra non possiamo dare tutta la sua importanza, perchè il liquor lombare fuoriuscì lievemente misto a sangue, dobbiamo però considerare che con una seconda puntura ricavammo un liquor puro, ma xantocromico ed a tasso di albumina di 3.50 ‰. Il numero delle cellule fu di 27.5, e cioè, relativamente scarso, rispetto all'altissimo contenuto di albumina (accenno alla dissociazione albumino-citologica di Sicard-Foix). Nel liquor ottenuto con la seconda puntura, xantocromico, come si è detto, le reazioni di Nonne-Apelt e di Boveri sono riuscite positive; quest'ultimo dato ci può orientare anche verso la natura tumorale della compressione. Infatti, come la xantocromia con coagulazione massiva del liquor è stata segnalata soprattutto nei tumori a sede bassa del midollo (sindrome del Froin), così l'aumento del contenuto in globuline del liquor.

associato a povertà di cellule (sindrome di Nonne) sarebbe caratteristico dei tumori alti del rachide, se congiunto a xantocromia.

Concludendo, l'esame del liquor ricorda la sindrome di Sicard-Foix e di Nonne, associata a lieve xantocromia e ad ipotensione manometrica. Tutti questi dati appoggiano il pensiero di una compressione midollare e ci indirizzano anche verso la natura tumorale di essa. Mettiamo, pertanto, da parte il dato probativo offerto dal laboratorio e cerchiamo di giungere a determinare la natura della compressione col solo ragionamento clinico, che ci ha consentito di stabilirne con sicurezza la sede. Orbene, la forma morbosa, che comprime il midollo, può avere origine dalle vertebre, dalle meningi o dal midollo.

Possiamo quindi pensare al neoplasma vertebrale, alla tubercolosi vertebrale, ad un'artrite delle vertebre cervicali, alla pachimeningite cervicale ipertrofica, alla meningite sifilitica, alla cisti dell'aracnoide, all'echinococco, e finalmente ai tumori primitivi extradurali, intradurali, intramidollari.

Il *carcinoma vertebrale* è quasi sempre secondario (mammella, prostata, tiroide); anche il carcinoma metastatico delle vertebre esordisce per lo più con una fase radicolalgica, ma questa è caratterizzata da dolori di una intensità estrema, come non ebbe il nostro i. Ma soprattutto dobbiamo ricordare che nella seconda fase, paraplegica, in progressione del processo morboso, si sarebbe dovuto avere il complesso dei segni clinici della invasione del corpo vertebrale (dolore alla percussione delle apofisi spinose, cifosi della colonna vertebrale) e soprattutto quelli radiologici (osteoporosi, oppure iperostosi, oppure addensamento generante la vertebra « d'avorio », cosidetta di Souques, ecc.). Aggiungiamo che l'assenza di cachessia e di qualunque segno della sede primitiva del tumore ci fanno escludere il cancro vertebrale.

Una paraplegia da *morbo di Pott cervicale* potrebbe darci ragione dei disturbi radicolari, quanto della paraplegia. Ma in tal caso non solo avremmo avuto una fase iniziale a sintomatologia vertebrale (rigidità della colonna, dolori nei movimenti del collo, alla percussione delle apofisi spinose) ma altresì i segni radiologici (fusione dei dischi intervertebrali, fungosità, decalcificazione della vertebra, ecc.). E tale sintomatologia dovrebbe essere ancora più evidente oggi a progressione avanzata del processo morboso. Escludiamo, dunque, anche la tubercolosi, per la quale non avremmo nel nostro i. alcun appiglio anamnestico. Per la mancanza dei dati clinici e radiologici relativi scartiamo, altresì, la *forma ipertrofica della osteo-artrite vertebrale*, che, d'altra parte, è assai rara. Siamo portati pure ad escludere la *pachimeningite cervicale ipertrofica di Charcot*, che può dare, come nel nostro i., dolori a topografia radicolare, amiotrofie nel territorio dell'ulnare e del mediano; ma essa, in genere, rispetta il territorio del nervo radiale, che nel nostro caso, invece, è stato leso bilateralmente, e dà luogo al caratteristico atteggiamento della mano (da predicatore). D'altra parte, tale forma morbosa, assai poco frequente, ha evoluzione molto lenta. Altre affezioni della dura, sole od associate a mielite, di origine luetica (*meningomielite sifilitica*), escludiamo in base ai dati, che ci hanno fatto scartare la mielite sifilitica, e, sopratutto, per il reperto contrario del liquor. Contro la possibilità di una *cisti della lepto-meninge*, dovuta a *meningite sierosa circoscritta* parlano il decorso, che nel nostro caso è stato gradatamente progressivo, mentre nelle forme suddette ha sovente delle remissioni e l'insorgenza, riferibile assai spesso a traumi od a fratture. Per una *cisti da echinococco*, infine, non abbiamo alcun dato probativo (negativa la intradermoreazione del Casoni, non eosinofilia sanguigna).

Escluse tutte queste forme nervose, per la maggior parte non comuni, dobbiamo pensare alla eventualità più frequente: il *neoplasma*.

Juxta od *intramidollare?* L'evoluzione del tumore juxtamidollare comprende una prima fase (preparaplegica od algica) di particolare importanza e che sta ad indicarci la primitiva azione comprimente del tumore sulle radici posteriori; questa fase di dolori in genere precede la comparsa dei fenomeni amiotrofici. Nel nostro infermo abbiamo avuto due fasi dolorose, la prima delle quali, al braccio destro nel 1928, durò circa un anno. Attualmente nessun dato ci permette di attribuire questa prima fase dolorosa alla malattia, che ha colpito il nostro infermo. Infatti, non possiamo ora giudicare se a quel tempo esistessero dei segni (se vi furono, certo lievissimi) di compromissione del midollo. L'ipotesi che tale prima fase dolorosa fosse di natura radicolalgica, non deve però essere completamente scartata. È l'unico dato che ci faccia porre una riserva circa la possibilità di origine extradurale, destra, del tumore.

La seconda fase dolorosa s'inizia, come sapete, nel 1931, e si accompagna quasi subito ad atrofia ed a paralisi localizzata all'arto superiore sinistro, parimenti con rapida compromissione delle vie piramidali, e paralisi spastica dell'arto inferiore dello stesso lato. Ecco un altro fatto, che non sempre esiste, ma che viene riferito come tipico dei tumori juxtamidollari: l'inizio del tumore, per lo più alquanto laterale, è causa di disturbi di moto emilaterali; si verifica, cioè, una sindrome di emisezione midollare. Forse in un primo tempo i disturbi di senso (termico, tattile, dolorifico) prevalsero nel lato opposto all'emiparesi; e voi sapete che questa sindrome, dovuta

all'incrocio delle fibre della sensibilità superficiale al loro ingresso nel midollo, porta il nome di Brown-Sequard. Oggi non possiamo dire di trovarci di fronte ad una tale sindrome; abbiamo, infatti, una ipoestesia più spiccata e più alta a sinistra (dove sono iniziati i disturbi di moto) che non a destra. Ma al momento attuale anche la parte destra è paralizzata; all'arto inferiore la paraplegia è assoluta. Siamo, dunque, ormai nel terzo stadio (o paraplegico). Ad ogni modo, i disturbi delle sensibilità nel nostro caso hanno avuto il decorso tipico dei tumori juxtamidollari: comparsi in basso sono risaliti verso l'alto; la regione sacrale è rimasta bilateralmente indenne da tali disturbi (rilievo questo assai importante, secondo Babinski e Jarkowski). Anche il tipo di paraplegia ha le caratteristiche delle paraplegie da neoplasma juxtamidollare: sono, cioè, assai marcati i fenomeni di automatismo. Vedete, infatti, che lo stimolo portato sugli arti inferiori conduce facilmente ad una triplice retrazione; tali spasmi di flessione in questi ultimi giorni sono stati più frequenti e spontanei. Sapete anche quale importanza abbia il poter stabilire il limite superiore della zona cutanea, da cui si possono provocare i riflessi di difesa; esso ci indica il limite inferiore del tumore (Babinski). Non possiamo sfruttare questo dato, perchè tale zona si arresta, nel nostro caso, all'altezza dell'inguine, e perciò perde il suo significato.

Anche un tumore intramidollare potrebbe causare una sindrome simile. Tuttavia non è proprio dei tumori intramidollari la precocità della sindrome dolorosa, nè il tipo così spiccatamente spastico della paraplegia, nè l'imponenza dei fenomeni di automatismo midollare; inoltre, spesso i tumori intramidollari danno una dissociazione a tipo siringomielico delle sensibilità.

Un'altra domanda di notevole importanza per il decorso post-operatorio è quella di stabilire, nel nostro caso, la *sede intra-* od *extradurale.* La soluzione di tale quesito, offre notevoli difficoltà, anzi, il più delle volte, spetta soltanto al chirurgo. Teniamo presente che in genere i tumori intradurali hanno una limitata estensione, come pare avvenga nel nostro caso, in cui sono sicuramente compresi soltanto il settimo e l'ottavo segmento cervicale. D'altra parte, i tumori extradurali comprimono il midollo solamente a sviluppo assai inoltrato, opponendovisi la resistenza offerta dalla guaina durale, mentre, nel nostro caso, l'insorgenza della paraplegia è stata rapida, subito dopo i fenomeni nevralgici. Oltre a ciò, nei tumori extradurali esiste una differenza di altezza notevole fra il limite superiore dell'anestesia assoluta (radicolare) ed il limite superiore della zona di provocazione dei riflessi di difesa (Babinski), in rapporto, sia all'estensione più vasta dei tumori extramidollari, sia all'obliquità di decorso delle radici nel canale rachideo. Non abbiamo nel nostro caso nessuna zona di assoluta anestesia: tale dato ci autorizza a stabilire che poche (non più di due) devono essere le radici compresse; e questo è pure contrario ad una sede extradurale del neoplasma. Concludendo, la diagnosi da farsi, deve essere di tumore juxtamidollare, probabilmente intradurale, a sviluppo prevalentemente laterale all'altezza del settimo ed ottavo segmento cervicale del midollo (corrispondenti alla sesta-settima vertebra cervicale).

Fig. 3.

Il risultato del radiodiagnostico al lipiodol (lipiodol pesante iniettato nella cisterna magna, mediante puntura sotto-occipitale, s. Sicard e Forestier) è giunto a completa conferma del nostro concetto diagnostico: si è avuto un arresto della sostanza opaca per circa mezz'ora all'altezza della sesta vertebra cervicale. L'immagine L.L. dimostra una netta figura « a casco » della massa lipiodolata (fig. 3). Il margine inferiore di questa zona di arresto ha presentato delle spiccate anfrattuosità; dorsalmente, dopo mezz'ora, un piccolo filuzzo di liquido, prolungantesi fino all'altezza della settima cervicale, dimostra il passaggio della sostanza opaca nella parte inferiore dello spazio sottodurale. Dopo 12 ore tutta la sostanza opaca è passata nella regione lombare (fig. 4). Non si è riusciti, malgrado accen-

tuata posizione di Trendelenburg del paziente, a riprotare in alto il lipiodol per determinare il limite inferiore della compressione.

Ecco, dunque, che i dati radiologici ci orientano verso la forma extramidollare, di cui sarebbe tipica l'immagine a « casco » o a « cupola ».

Posta la diagnosi, ne viene sicuro il criterio terapeutico. Ci troviamo di fronte ad un uomo, che abbandonato a sè od a cure semplicemente mediche, si avvia verso una fine letale, a scadenza non lontana. L'unica probabilità di salvarlo sta nell'operazione.

FIG. 4.

Passeremo, dunque, senz'altro questo malato al chirurgo. Teniamo tuttavia presente che non sempre il decorso dell'operazione e quello post-operatorio sono favorevoli (le cifre di mortalità operatorie sono ancora assai alte: 23 %, secondo De Martel, 6,9 %, secondo Elsberg, 12,3 %, secondo Dominici), ricordando soprattutto che la sede tumorale più pericolosa per l'intervento è appunto quella del nostro i., per la vicinanza immediata dei centri simpatici; nelle prime 12 h dopo un'operazione, apparentemente ottima, compare spesso un accesso febbrile altissimo (40°-41°) con ipotensione arteriosa ed emorragie intestinali, che possono condurre rapidamente a morte l'infermo.

L'intervento chirurgico fu eseguito dal prof. Fasiani il 10-6-1932. Dalla descrizione del suo atto operatorio togliamo i seguenti dati: previa anestesia eterea-inalatoria, viene praticata la laminectomia di C. VII e poi di C. VI. Già dopo l'estirpazione di VII C., si vede che a destra del sacco durale, ed in avanti, esiste tessuto patologico: dopo asportazione di VI C., si mette bene in evidenza una formazione allungata, a superficie liscia, di colorito rosa-pallido, ben circoscritta, la quale aderisce per breve tratto al bordo destro della dura e si affonda poi lateralmente ed in basso. La consistenza del tessuto patologico è fibrosa. Si recide a metà il tumore e si può così sollevarne la porzione mediale, grande come una noce, e distaccarla dal sacco durale; durante il distacco, le meningi si lacerano ad esce liquor in abbondanza. Esce anche una radice lunga, piegata ad ansa, che sembra libera e viene riposta, chiudendo il sacco durale con filo di catgut continuo. Il tumore ha la sua parte di maggior volume fra la VI e la VII. Il pezzo esterno procede sotto la lamina, in parte distrutta di VI e VII (soprattutto di VII) e si porta in avanti ed in basso in forma digitata, mentre va facendosi più sottile e termina in un cordone nervoso, grande come una penna d'oca, che viene reciso. Residua un canale imbutiforme, scavato sotto la lamina e nei muscoli profondi del collo, che è grande come il pollice. Sutura in un piano dei muscoli e delle apofisi spinose. Guscio di gesso.

Esame anatomo-istologico (Prof. Oselladore). Il pezzo asportato consta di due segmenti, prodotti da

FIG. 5.

un taglio di bisturi, per esigenza tecnica dell'intervento (fig. 5). Nel suo complesso, cioè, dopo giustapposizione dei due segmenti, ha una lunghezza massima di mm. 63 ed una larghezza di 22, per uno spessore di 18.

La forma è paragonabile a quella di un dito, però alquanto rigonfio nella sua parte media. Una delle estremità termina assottigliata. La superficie non è regolare, ma presenta qua e là accenno a bozzellature. Dalla parte media del pezzo si stacca una appendice grande come un lapis, che, rimanendo libera in tutta la sua estensione, si allinea col pezzo stesso, dirigendosi verso la parte assottigliata. Tale appendice si identifica facilmente per un fascio nervoso.

La consistenza è nettamente fibrosa, ma non uniforme: infatti, la palpazione permette di apprezzare a livello della parte centrale più ingrossata un nodo profondo, di consistenza maggiore.

Sulle sezioni (fig. 6) si osserva ovunque una struttura uniforme, costituita da sostanza fonda-

mentale fibrillare; essa per lo più assume l'aspetto di un intreccio irregolare; a tratti, invece, si presenta ordinata in fasci paralleli, costituiti da fibrille ad andatura ondulata, che ricordano l'aspetto delle sclerosi isomorfe, in sede di degenerazione di fibre nervose. Notevole il polimorfismo degli elementi cellulari: anzitutto colpisce la presenza di cellule di natura nervosa, disposte un po' dovunque, ma isolate le une dalle altre; sono elementi grandi, circondati da una capsula connettivale, cioè con l'aspetto di cellule di un ganglio spinale. Altri grossi nuclei di forma allungata, a contorno irregolare, sono disposti lungo i tralci ordinati di fibrille, sopra ricordate, e devono interpretarsi come elementi della guaina di Schwan. Abbondantissimi sono gli elementi linfocitoidi sparsi un po' dovunque, ma tendenti spesso a fare alone attorno ai vasi ed attorno alle cellule gangliari, di cui invadono le capsule, dando quasi l'impressione di un processo di neuronofagia.

Fig. 6.

Diagnosi istopatologica: neuroganglio, Schwannoma.

Decorso post-operatorio. L'operazione ha avuto un decorso ed un seguito ottimo. L'infermo, già poche ore dopo, ha cominciato a muovere l'arto superiore ed inferiore di sinistra; il miglioramento si è andato poi sempre più accentuando. A 14 giorni di distanza dall'intervento, si è ottenuta la quasi completa ripresa della forza nell'arto inferiore e superiore di sinistra. Anche all'arto superiore destro la motilità è buona, pur essendone limitata la forza muscolare. Normali tutti i movimenti del tronco. Sono scomparsi i disturbi degli sfinteri.

Per quanto riguarda le sensibilità obbiettive: a sinistra, il limite superiore della ipoestesia tattile, termica, dolorifica si è spostato verso il basso, in modo da giungere appena all'ombellico; a destra, la ipoestesia è ancora più ridotta, interessando solamente l'arto inferiore.

*
* *

L'operazione ha confermato la diagnosi di natura, sede ed estensione del processo morboso. La conoscenza di quella prima manifestazione nevralgica isolata, che precedette di quasi tre anni ogni altro disturbo, fece prendere in considerazione la possibilità di una sede destra, extradurale, del tumore, malgrado l'ulteriore sviluppo della sindrome parlasse per una sede sinistra, intradurale. Orbene, tale riserva si è dimostrata pienamente giustificata, ed è interessante rendersene ragione ora, sui dati offerti dal chirurgo.

Il tumore è partito (ce lo dicono la sua zona di maggior sviluppo, la sua penetrazione sotto la lamina della VI e VII vertebra cervicale, il reperto istologico) dal ganglio spinale destro, fra la VI e VII vertebra cervicale. Le prime conseguenze del suo sviluppo si sono esplicate sicuramente sulla corrispondente radice nervosa motoria e sensitiva; vi fu soltanto una fase dolorosa a destra; si tratta di quel dolore assai intenso al braccio, che tormentò per circa un anno (1928) l'infermo e che poi scomparve completamente. Se, durante la discussione del caso, si disse di non avere dati sufficienti per mettere quel dolore isolato nel tempo (oltre due anni prima della paralisi) in relazione col neoplasma, ora non vi può essere alcun dubbio su tale evenienza; innanzitutto, perchè non possiamo ammettere la distruzione di una radice nervosa sensitiva senza una fase dolorosa, sia pur breve, in secondo luogo, perchè possiamo benissimo spiegare come il neoplasma, dopo distrutta la radice nervosa, sviluppandosi da un lato sotto le lamine della VI e VII cervicale e dall'altro negli spazi epidurali verso l'alto e verso il basso, abbia potuto compiere tale sviluppo in completa silenziosità di sintomi midollari. Nè, d'altra parte, la distruzione di una sola radice poteva dar luogo a disturbi obbiettivi delle sensibilità o della innervazione motoria.

Distrutta la radice di destra, scompaiono i dolori, ed il neoplasma procede nel suo sviluppo verso il foro di coniugazione; assai più lenta è la sua progressione verso il midollo, ove la guaina durale, che, come è noto, costituisce una solidissima barriera, lo arresta. Quando l'ulteriore progressione del tessuto neoformato comincia a farsi sentire sulla dura, spingendola verso il midollo, questo non è più trattenuto a destra dalla radice distrutta e si lascia facilmente e gradualmente spostare verso sinistra, fino a raggiungere la dura del lato opposto, spingendola contro l'osso. A

questo punto vengono schiacciati fra l'osso da un lato ed il tumore dall'altro, il midollo e la radice nervosa di sinistra, che, come è noto, ha un decorso leggermente obliquo.

I primi effetti di tale schiacciamento si faranno perciò risentire anzitutto sulle sezioni sinistre, che sono contro l'osso (più duro ed a salienza irregolare per la presenza di leggiere neoformazioni artritiche) che sulla sezione destra, la quale è compressa da un tumore non molle, ma meno duro dell'osso ed esercitante la pressione lungo una zona abbastanza estesa. Ecco, quindi, che midollo e radice nervosa di sinistra (tessuti ugualmente delicati) sono compressi quasi contemporaneamente (in Febbraio 1931, infatti, insorgono i dolori, in aprile compare la paresi dell'arto superiore ed inferiore di sinistra). Viene così a cadere un dato, che ci serviva per supporre la sede intradurale, e cioè, la breve distanza di tempo fra fenomeni radicolalgici ed insorgenza della paralisi all'arto inferiore. In questo periodo si ebbero, forse, disturbi delle sensibilità superficiali soltanto a destra (Brown-Sequard).

Alla compressione della metà sinistra del midollo vediamo seguire quella del lato destro: infatti, nel Luglio cominciano delle trafitture (dolori cordonali) all'arto inferiore destro, nell'autunno progredisce la compressione e dà disturbi degli sfinteri; contemporaneamente, l'interessamento del fascio piramidale di destra determina una paralisi spastica iniziale anche all'arto inferiore dello stesso lato.

Infine, nel Febbraio u. s., la compromissione delle corna grigie anteriori di destra induce i fenomeni amiotrofici anche all'arto superiore omolaterale, in assenza di ogni disturbo dolorifico, data la preesistente distruzione della corrispondente radice nervosa sensitiva.

La lesione della sezione midollare destra è stata assai più rapida (netto peggioramento in una quindicina di giorni); e ciò in rapporto al contatto diretto del tumore con la parte destra del midollo, previa invasione della dura. Quest'ultima constatazione ci rende conto anche del decorso post-operatorio: infatti, i disturbi motorî della metà sinistra del corpo, benchè di data assai più remota, ma dovuti a semplice compressione, stanno già scomparendo; mentre, invece, persistono quelli dell'arto superiore ed inferiore di destra, che pure sono di data più recente.

Il caso clinico che abbiamo studiato, oltre ad essere importante per l'atipica sindrome controlaterale, dimostra ancora una volta i grandi progressi conseguiti dalla moderna chirurgia del sistema nervoso. Ma occorre, per ottenere brillanti risultati, che l'intervento avvenga al più presto possibile, donde la necessità della diagnosi precoce.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Clinica Medica Generale e Semeiotica
DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
diretto dal Prof. GIUSEPPE ZAGARI.

Su d'un caso d'infestazione da Anguillula intestinale, in provincia di Napoli

per il dott. ERMANNO LOMBARDI,
assistente ordinario.

Avendo avuto l'opportunità di studiare un caso di anguillulosi in un uomo ricoverato nella nostra Clinica per notevoli disturbi gastroenterici, mi pare meriti di esser reso di pubblica ragione, sia per la diagnosi non facile in un primo tempo e sia per la sua rarità.

Luigi B., da Alife (Napoli), di anni 35, contadino. I genitori sono viventi, il padre da poco tempo è stato colpito da emorragia cerebrale, la madre è sana; ha quattro fratelli ed una sorella che godono buona salute: un fratello è morto in guerra.

Nato a termine, da parto fisiologico, fu allevato al seno materno. Dentizione, fonazione e deambulazione in epoca normale. È stato sempre bene nell'infanzia e nella fanciullezza. A 19 anni soffrì di tifo, che ebbe un decorso normale e, dopo una convalescenza piuttosto prolungata, il paz. si ristabilì perfettamente e potè riprendere le proprie occupazioni. A 20 anni prestò servizio militare e come fante combattè nella zona di Monfalcone ove fu colpito da febbri malariche. Praticò intense cure chininiche e si liberò dell'affezione. Poi è stato sempre bene. Modico bevitore e fumatore, non si è mai contagiato di malattie veneree; dato il suo mestiere si è esposto a cause reumatizzanti ed ha maneggiato concime animale per la coltura dei terreni.

A 24 anni ha preso moglie, tuttora vivente e sana e da questa ha avuto 4 figliuoli che godono buona salute; la moglie ha avuto due aborti.

Il paz. fa risalire l'attuale malattia a circa due anni fa: egli che prima appetiva e digeriva benissimo, cominciò ad avvertire senso di ripienezza gastrica dopo i pasti e pirosi. Per consiglio di un sanitario fece uso di sostanze alcaline, ma non ne ritrasse alcun giovamento; accusò stitichezza ostinata e dovè quindi ricorrere spesso a purganti. Con le feci emetteva sempre notevole quantità di muco. Spesso bastava un lieve errore dietetico, perchè i disturbi accennati si accentuassero di molto. Con l'andar del tempo la nutrizione è scaduta notevolmente e s'è presentata una notevole anemia. Il paziente non può più attendere alle proprie occupazioni, accusa astenia e vertigini.

Non ha avuto mai melena, nè vomito spontaneo; vedendo aggravarsi le sue condizioni, specie l'astenia, l'inappatenza, i disturbi gastrici, ha chiesto ricovero in Clinica.

E. O. Individuo di costituzione scheletrica normale; masse muscolari ipotrofiche ed ipotoniche: pannicolo adiposo molto scarso; non si notano ghiandole apprezzabili, colorito intensamente pal-

lido delle cute e delle mucose visibili; non presenta edemi, la condotta psichica è normale, polso 80/85; respiro 20-22; temperatura fisiologica; pressione (al Pachon: massima 110, minima 80).

Apparecchio gastro-enterico: l'alito è fetido; la lingua secca, patinosa, le gengive molto pallide. Il paz. ha sempre la sensazione di secchezza alla gola e di pirosi, specie dopo i pasti, con ripienezza gastrica. L'anorressia è notevole. L'addome è lievemente tumido per meteorismo, non presenta marezzamento venoso; la cicatrice ombelicale infossata; non vi è liquido. Il fegato e la milza sono nei limiti fisiologici; al torace non v'è da rilevare nulla di patologico; suono chiaro e schietto, con mormorio vescicolare su tutto l'ambito respiratorio.

Il cuore batte nel 5° spazio intercostale di sinistra, qualche dito in dentro della mammillare. Toni su tutti i focolai, il primo soffiante alla punta: rumore di trottola sul bulbo della giugulare. Nulla di obbiettivamente rilevabile da parte del sistema nervoso; però il paz. è facilmente impressionabile, molto preoccupato del suo stato; ha sonno agitato, soffre di vertigini e di notevole astenia.

Esami praticati:

Urina, peso specifico 1022, (+15), assenza di albumina, glucosio ed altri elementi patologici; presenza in tracce di muco-pus.

Siero-reazione di Wassermann negativa.

Esame del succo gastrico: acido cloridrico libero gr. 0,40 %, acidità totale gr. 0,50 %, acido lattico assente, pigmenti biliari assenti, sangue assente.

Esame del sangue: corpuscoli rossi 2.300.000, corpuscoli bianchi 8000, rapporto 1/287, emoglobina 45, valore globulare 0,97. Formula leucocitaria: granulociti-neutrofili 70 %, basofili-eosinofili 8 %; grandi e medi mononucleati 7 %, linfociti 15 %; non si riscontrano forme nucleate di corpuscoli rossi; vi è però notevole poichilocitosi ed anisocitosi.

Esame delle feci: scibale dure, di colorito normale, commiste a notevole quantità di muco; reazione acida. Al microscopio: fibre vegetali, gocciole di grasso di varia grandezza, granuli di amido, fibre muscolari in digestione, cellule da sfaldamento. La ricerca del sangue occulto nelle feci è negativa. Non si notano uova di elminti, ma degli elementi serpentiformi con l'estremità cefalica che fa riconoscere l'apertura orale, alla quale segue un rigonfiamento e poi l'esofago ristretto con lo stomaco ed il canale intestinale; si possono quindi individualizzare facilmente in larve di anguillula.

Le altre prove eseguite sul sangue: coagulabilità, retrazione del coagulo, tempo di sanguinamento, emolisi, normali. Esame radiologico: stomaco di forma e volume normale, a pareti lisce, indolenti, spostabili; peristalsi piuttosto vivace; svuotamento regolare; bulbo duodenale ben riempito, con nettezza delle pareti.

La sindrome notata nel paz. è da mettersi in rapporto all'anguillulosi, o si deve ritenere per un reperto di scarsa importanza e semplicemente concomitante l'aver riscontrato sempre numerose larve di anguillula nelle feci?

L'azione patogena di questa non è da tutti ammessa. Grassi e Parona, poichè in numerosi casi da essi osservati, mancavano i disturbi intestinali e la diarrea, e d'altra parte l'avevano riscontrata anche alla sezione nell'intestino di uomini che in vita non avevano avuto alcun disturbo, finirono col dichiararla un innocuo commensale, come anche Giani ed Impò, che avendo studiato il ricambio in una bambina di 7 anni affetta da anguillulosi, lo trovarono normale.

Ma Riva, per primo, nel 1892, e poi Sonsino, Testi, Askanazy e Kurlow, che ne descrissero diversi casi, attribuirono ad essa una netta azione patogena chiarendone il quadro clinico.

Nel nostro paz., sia con un minuto esame obbiettivo, sia con ricerche radiografiche e di laboratorio non abbiamo ritrovato alcun dato per poterci spiegare i disturbi gastro-enterici e la rilevante anemia, all'infuori della presenza di larve di anguillula nelle feci: è da tenere anche presente la discreta eosinofilia (8 %) ed il notevole dimagramento.

Or poichè tutti gli AA. che ulteriormente si sono occupati di questo argomento annoverano appunto tra i sintomi dell'anguillulosi le turbe gastro-enteriche, l'eosinofilia e il dimagramento, siamo indotti ad ammettere quindi che nel nostro paz. riscontrasi la sindrome classica d'anguillulosi, ed egli può essersi infestato, dato il suo mestiere di contadino, maneggiando concime animale.

È noto che l'infestazione può avvenire per via digestiva, come dimostrò Calandruccio nel 1890 con autoinfestazione, e per via dermica come dimostrarono Mazzorchi, Van Durme e Loos.

L'infestazione nel nostro paz., rimonta assai probabilmente a circa 2 anni or sono, quando incominciò ad accusare pirosi e ripienezza gastrica, specie dopo i pasti, con stipsi ostinata e notevole quantità di muco nelle feci. Ne seguì il dimagramento e l'astenia.

* * *

Stabilita la diagnosi di anguillulosi intestinale, si iniziò la cura con il Butolan e si somministrò infine al paz. un purgante oleoso. Le larve in seguito alla cura si ridussero molto di numero, ma non scomparvero del tutto. Però il paz. migliorò specie nella nutrizione, e sentendosi bene volle lasciare la Clinica.

È ritornato ripetutamente all'osservazione: l'anemia, avendo aggiunto alle cure antielmintiche quelle ferruginose, non è più così intensa, tuttavia è sempre presente: corpuscoli rossi 3.200.000, bianchi 8,100, rapporto 1/397; emo-

globina 60; valore globulare 0.93. Nella formula leucocitaria non si riscontrano variazioni apprezzabili.

La miglioria nella nutrizione e sulla crasi sanguigna seguita alla cura, conferma la diagnosi di anguillulosi.

Dopo le ferventi ricerche sull'elmintiasi in genere e sull'anguillulosi in specie, fatte verso il 1890, da G. B. Grassi, Parona, Riva, Testi, Sonsino, Askanazy, Bavay, ecc., si è avuto un lungo periodo fino a questi ultimi tempi, in cui non fu segnalato alcun caso.

Pertanto mette conto di ricordare come l'anguillulosi fu descritta in Italia per la prima volta da G. B. Grassi e Parona nel 1879, ed in osservazioni originali il primo stabilì l'eterogonia dell'anguillula nella forma libera o fecale e nella forma parassitaria o intestinale.

La forma parassitaria è rappresentata da vermi, che a completo sviluppo misurano da due a tre mm. di lunghezza e 24 μ di larghezza: il corpo più ristretto all'innanzi termina con una coda conica. L'esofago, lungo, cilindrico percorre la parte anteriore del corpo e ad esso segue l'intestino che sbocca con l'apertura anale alla base della coda.

L'anguillula intestinale depone le uova nello spessore della mucosa intestinale, e qui per segmentazione si ha lo sviluppo di giovani larve, che prendono il nome di rabditoidi: sono lunghe da 20 a 30 μ e larghe da 13 a 16 μ.

Le larve nel mondo esterno possono avere un'evoluzione diretta o partenogenica, ed una indiretta. Per la prima le larve da rabditoidi si trasformano in strongiloidi, a stomaco cilindrico, molto lungo; sono infettanti e, raggiunto il tubo digerente dell'uomo, si trasformano di nuovo in femmine partogeniche. Con l'evoluzione indiretta le larve rabditoidi emesse assieme alle feci, danno origine a due vermi, uno maschio e l'altro femmina, che si copulano e si ha quindi l'emissione di uova, le quali a loro volta dànno origine a larve rabditoidi e poi strongiloidi.

Si credette che la differenza di temperatura influenzasse il ciclo evolutivo, nel senso che la forma sessuata si avesse solo nei tropici, mentre l'altra nelle regioni temperate. Ma il Brumpt sostiene invece che le cause vere dell'evoluzione dell'ovulo, nell'un senso o nell'altro, ci sfuggono ancora.

Il Normand, nel 1876, scoprì a Tolone, nelle feci di soldati che tornavano dalla Cocincina, con grave diarrea, una forma di questo nematode che fu poi descritta da Bavay: si attribuì erroneamente ad essa la malattia (diarrea della Cocincina), mentre poi s'è dimostrato essere prodotta da una moniliasi. I rapporti invece tra l'anguillulosi e l'anchilostomiasi sono più stretti, e spesso le due infestazioni sono associate.

L'*habitat* di questo nematode è molto diffuso: in Europa, specialmente in Italia, come pure in Germania, in Olanda e nel Belgio (in queste regioni è stata attribuita la disseminazione ai minatori italiani); in Africa: nella regione dei Grandi Laghi, nel Senegal, nella Liberia, nella Guinea e nell'Egitto.

È stata osservata anche nell'America del Nord, come pure ed in maggiore estensione nell'America del Sud.

È frequentissima nell'Indocina, nelle Filippine, nel Giappone e nel Siam.

Recentemente sono stati ripresi in Italia gli studi sull'anguillulosi specie ad opera della Scuola di Franchini, e la Franzoso ne ha descritti 24 casi nella città di Bologna e provincia; 8 di essi studiati dettagliatamente presentavano sintomi addominali riferentisi in special modo al colon.

Ragazzi e Segre, della Clinica di Zoja, ne descrivono tre casi e notano in uno l'associazione cancro-anguillulosi con decorso estremamente grave e con un reperto di distruzione ulcerativa imponente della parete anteriore dello stomaco, reperto non comune e non esclusivamente riferibile al cancro, e che fece ritenere l'anguillula aver aggravato in modo molto notevole le condizioni del paz.

Anche Famulari nel 1928 ne descrisse un caso in un uomo di 38 anni, che aveva abbondanti perdite emorroidarie e notevole astenia.

Nel Meridionale d'Italia solo un caso ne è stato descritto nel 1922 da Tramontano, in uno studente di medicina, il quale molto probabilmente s'era infestato nel campo di concentramento di Mauthausen, trovandovisi prigioniero. Vi si notava modica anemia a tipo ipocromico (corpuscoli rossi 3.422.000, bianchi 8.544, emoglobina 52 %, valore globulare 0.75 %) con lieve eosinofilia 9 %.

Il caso che riporto è il secondo descritto nel Meridionale d'Italia, ma mentre quello illustrato da Tramontano sembra che sia stato infestato dall'anguillula a Mauthausen durante la prigionia, da prigionieri di colore francesi, questo secondo ha origine locale nel suo paese nativo (provincia di Napoli), donde il paz. non s'era mai allontanato dal 1920.

*
* *

Ha dominato fino ad un'epoca del tutto recente il concetto che questa affezione fosse molto rara, per lo più propagata da individui che avevano vissuto nelle regioni tropicali; sembra però che non sia così. I numerosi casi descritti dalla Franzoso in provincia di Bologna, due dei quali nati e vissuti in città, uno di quelli

riportati da Ragazzi e Segre, in provincia di Milano, e quest'ultimo da me descritto, debbono far ritenere che si possa avere l'infestazione d'anguillula anche nelle nostre regioni, e che essa sia più diffusa di quanto comunemente si creda. Anche gli AA. che verso il 1890 si occuparono dell'argomento, erano di questo avviso.

Molte coliti, appendiciti, gastro-enteriti spesso mascherano infestazioni da anguillula e l'esame delle feci praticato sistematicamente potrebbe svelarne la natura.

La forma clinica, come innanzi ho detto, è caratterizzata prevalentemente da disturbi gastro-enterici, da dimagramento sempre notevole, dall'eosinofilia e spesso da notevole anemia.

Quest'ultima è da mettersi in rapporto, oltre che alle possibili piccole emorragie provocate nell'intestino dall'anguillula, anche a sostanze tossiche che si formano (istamina, tiramina): d'altra parte il parassita ledendo la mucosa intestinale può trascinare con sè germi la cui presenza e le cui tossine non riescono certo innocue per l'organismo.

Per il dimagramento non tutti gli AA. sono d'accordo nel darne la spiegazione; però la maggior parte ritiene che l'assorbimento degli alimenti sia molto ostacolato dalle lesioni intestinali e che i prodotti del metabolismo del verme riescano di per sè stessi cachettizzanti.

Non sempre si nota diarrea, che dapprima si riteneva uno dei segni classici dell'anguillulosi: in due casi descritti da Ragazzi e Segre, come in quello da me riportato, vi era al contrario stipsi cronica.

Golgi e Monti studiarono anche le lesioni della mucosa intestinale che l'anguillula può produrre. Esse sono caratterizzate dal distacco dell'epitelio, dall'alterazione dell'epitelio della porzione superiore delle ghiandole di Lieberkün, dalla infiltrazione leucocitaria tra la *muscularis mucosae* ed il fondo cieco ghiandolare e dalla tumefazione dei follicoli solitari. Anche Testi notò gravi alterazioni della mucosa, delle ghiandole e dei linfatici intestinali.

Dopo quanto precede, è lecito ammettere che con scrupolose e sistematiche indagini si potrebbero ancora raccogliere non pochi casi e individualizzare focolai d'infestazione d'anguillula, così come si è fatto per l'anchilostomiasi.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso d'infestazione d'anguillula intestinale con notevoli disturbi gastro-enterici, della nutrizione e della crasi sanguigna. L'infestazione era di origine locale (provincia di Napoli): egli crede che indagini scrupolose, praticate sistematicamente, potrebbero svelarne ancora altri casi e indurre ad individualizzare focolai d'infestazione.

BIBLIOGRAFIA.

ASKANAZY. *Ueber Art und Zweck der Invasion der Ang. int. in die Darmwand.* Centr. für Bakt. u Paras, XXV, 1899.

BRUMPT. *Précis de Paras.* Masson, 1929, Paris.

CALANDRUCCIO. Atti dell'Acc. di Science nat. di Catania, serie IV, vol. II, 1889-90.

FAMULARI. Rinnovamento medico, 1928.

FRANCHINI. *Conf. sui tumori di origine animale.* Ed. Ist. Sier. Milan., 1926.

FRANZOSO. *Anguillulosi in Bologna e Provincia.* Arch. Scienze Med. Colon., n. 10, 1928.

GOLGI e MONTI. *Intorno ad una quistione elmitologica.* Rend. Istituto Lomb., vol. 17°, 1884.

GIANI-IMPÒ. *Contributo allo studio dell'anguillulosi intest.* Policlinico, Sez. Med., 1911.

GRASSI. *Sull'anguillula intestinale.* Ist. Lomb., 6 maggio 1879.

MARAGLIANO. *L'anguillulosi intestinale in Italia.* Gazzetta degli Osped. e delle Clin., 1904.

RAGAZZI e SEGRE. *Sull'infestazione d'anguillula intestinale a Milano.* Atti dell'Acc. Med., novembre, vol. I, fasc. II.

RIVA. *Sopra un caso d'anguillulosi intestinale.* Lo sperimentale, n. 1, 1892.

SONSINO. *Sui parassiti dell'uomo.* Centr. Für Bacter.

TRAMONTANO. *Malattia per anguillulosi intestinale.* Gazzetta Int. di Med. Chirurg., 1922.

NOTE DI TECNICA.

Apparecchio per il dosaggio specialmente di piccole quantità di glucosio nelle orine ed in altri liquidi organici.

Modificazione della formula di Pavy.

Prof. dott. GIUSEPPE TARULLI,

ordin. di Chimica nel R. Ist. Tecnico di Lecce.

Il Pavy suggerisce per il dosaggio specialmente di piccole quantità di glucosio nelle orine, una formula a base di solfato Cupro-ammonico, che consente la ridissoluzione dell'ossidulo di Rame nel liquido, il quale perciò rimane limpido durante l'operazione e permette di osservare con molta chiarezza la fine del dosaggio, che si verifica nel momento in cui il colore azzurro scompare totalmente.

Però nel maggior numero delle volte in conseguenza del riscaldamento, essendo il recipiente aperto e la superficie del liquido che bolle abbastanza estesa, la maggior quantità dell'Ammoniaca si volatilizza ben presto e l'Ossidulo di Rame precipita intorbidando fortemente il liquido prima ancora del termine della titolazione, per cui l'operazione va perduta. Si aggiunga a questo inconveniente la formazione di un'atmosfera irrespirabile, che non permette di sorvegliare e guidare l'andamento dell'operazione stessa.

Onde eliminare questi inconvenienti, che

rendono difficoltosa l'applicazione del metodo di Pavy, ho costruito un adatto apparecchio per lo stesso reattivo, però da me convenientemente modificato. Come vedesi dalla figura il recipiente aperto di Pavy, ch'è della capacità di circa 100 cc. e di largo diametro, è sostituito da un tubo cilindrico di vetro della capacità di 50 cc., alto cm. 12, di diametro stretto e precisamente di cm. 2,5. L'orificio è chiuso da un tappo di gomma con due fori: in uno dei quali si fa penetrare l'estremità inferiore di una piccola buretta della capacità di 10 cc., divisi in decimi da sorpassare l'orificio opposto di circa 1/2 cm.: nell'altro foro si fa pure penetrare una canna di vetro lunga cm. 23 del diametro di cm. 0,50, da sorpassare di un cm. l'estremità opposta e nel cui orificio superiore penetra una bacchettina di vetro lunga cm. 4 del diametro di mm. 3 ed avente l'estremità in alto ingrossata in modo da poter rimanere sospesa nell'interno della parte superiore della canna ed alzarsi ovvero abbassarsi a guisa di valvola, a seconda delle variazioni di pressione interna del recipiente. In tal modo rimane fra la canna e la bacchettina un piccolo spazio in cui penetrano quelle piccole quantità di Ammoniaca, che si sprigionano dal fondo del cilindro nel momento in cui bolle il reattivo, unitamente a vapore acqueo, il quale però facilmente può condensarsi e quindi ridisciogliere l'Ammoniaca, giacchè la canna esteriormente è avvolta lungo il suo percorso e per un certo spessore da carta bibula intrisa di acqua fredda: per cui funziona efficacemente da piccolo refrigerante ascendente.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

In queste condizioni il reattivo è posto quasi totalmente fuori del contatto dell'aria, la quale ha su di esso una certa influenza; e l'Ammoniaca non si disperde perchè in gran parte ricade coll'acqua nell'interno del tubo, per cui il reattivo conserva la sua costituzione, rimanendovi sciolto l'ossidulo fino al termine dell'operazione, che dura pochi minuti primi.

Il liquido che io adopero è costituito diversamente da quello di Pavy, specialmente perchè non viene diluito; per cui essendo di volume minore, il recipiente è più piccolo, meno estesa la superficie di ebollizione, e l'operazione più rapida e meglio regolabile.

La maggior concentrazione del reattivo non ha nessuna influenza contraria sul fenomeno fondamentale della riduzione, anzi offre il vantaggio di farlo bollire ad una temperatura un poco più elevata e specialmente di fargli conservare la sua colorazione azzurra intensa, per cui meglio sono visibili i diversi gradi di attenuazione di quel colore, che vengono verificandosi per le aggiunte successive delle piccole quantità del liquido in esame, fino alla sua decolorazione completa, che può avvenire con l'aggunta di una sola goccia.

Si differisce ancora il liquido da quello di Pavy perchè adopero dell'Ammoniaca di P. S. 0,943, per cui si ha un'ebollizione non tumultuosa e più facilmente regolabile senza, come sopra dicevo, che l'ossidulo precipiti.

Il reattivo è così costituito:

Soluzione I: Solfato di Rame puro cristallizzato gr. 4,158, acqua distillata cc. 500;

Soluzione II: Sale di Seignette gr. 20,4, Potassa caustica gr. 20,4, Ammoniaca P. S. 0,943 gr. 300, Acqua distillata q. b. per fare 500 cc.

5 cc. della Soluz. I e 5 cc. della Soluz. II, mescolati insieme, formano il reattivo e sono ridotti esattamente da gr. 0,005 di glucosio puro.

Data la sensibilità del liquido Cuproammonico l'orina deve essere diluita in modo che frazioni di cc. fino a 10 cc., riducano i 10 cc. del reattivo: in altri termini l'orina diluita deve contenere da 1/2 all'1 % di zucchero.

Per ottenere questa diluizione, indispensabile per un dosaggio esatto, si fa in principio una titolazione preliminare approssimativa con le orine non diluite, ovvero diluite al 1/5 se contenessero forti proporzioni di glucosio.

Messi nel tubo 5 cc. del liquido I e 5 cc. del liquido II, si chiude l'orificio con il tappo che regge la piccola buretta ed il piccolo refrigerante, si pone l'apparecchio su di un adatto sostegno munito di una tela metallica con amianto e si riscalda sull'inizio con una fiamma comune e poi, non appena che appaiono le prime bollicine, con una fiamma piccola preferibilmente ad alcool del diametro di centimetri 1 e dell'altezza di cm. 2,5 la cui punta deve lambire la retina stessa: allora a goccia a goccia si fa scendere il liquido dalla buretta, evitando sempre un'ebollizione eccessiva:

e non appena che il colore azzurro si attenua, occorre andare più adagio nell'aggiunta del liquido, tenendo sempre presente che una sola goccia può bastare per giungere alla fine dell'operazione, la quale è data dalla decolorazione del liquido, che in generale, specialmente con le orine diluite, addiviene bianco e solo qualche volta passa al giallo verdino, colore egualmente chiaro per stabilire il termine del dosaggio.

Finita l'operazione, viene ripetuta; avvertendo di fare scendere questa volta dalla buretta tutto in una volta la maggior quantità di liquido occorso nel primo saggio, facendo bollire per alcuni secondi, ed in ultimo aggiungendo lentamente e a goccia a goccia le ultime frazioni di cc. che occorrono per il termine dell'operazione.

Perchè il processo raggiunga una maggiore esattezza è opportuno defecare le orine con uno dei vari metodi conosciuti: in questo caso però nei calcoli ulteriori bisogna ricordarsi dei limiti in cui è avvenuta la diluizione.

Non vi è ragione che il metodo descritto, che dà buoni risultati, debba esser limitato alle orine: esso è così delicato e sensibile da essere usato ancora, con le debite cautele, per la ricerca del glucosio nel sangue, nel liquido rachidiano ed in altri liquidi organici.

RIASSUNTO.

L'A modificando la formula di Pavy propone nel campo clinico un suo apparecchio per il dosaggio esatto specialmente di piccole quantità di glucosio nelle orine ed anche nel sangue, nel liquido rachidiano ed in altri liquidi organici.

L'ATTUALITÀ MEDICA

Miosite acuta epidemica o morbo di Bornholm.

(C. M. Belli. *Rinasc. medica*, n. 22, 1932).

Si tratta di una « nuova » malattia osservata di recente a Bornholm, piccola isola danese del mar Baltico.

Nell'estate del 1930 il medico danese E. Sylvest villeggiando a Bornholm osservò alcuni casi, di cui due nella propria famiglia, di un'affezione evidentemente contagiosa ed epidemica, che non poteva rientrare in alcuno degli schemi nosologici conosciuti; l'epidemia si rinnovò nella successiva stagione ed in due anni ne furono segnalati 6300 casi. Le ricerche storiche hanno permesso di constatare che la malattia era stata già nel secolo scorso descritta con nomi diversi, di pleurodinia, di pleurite secca, nevralgia diaframmatica transitoria, malattia febbrile benigna di natura sconosciuta, ecc. Sylvest ha proposto di chiamarla miosite acuta epidemica.

La malattia è di rado preceduta da prodromi (malessere vago); per lo più compare in modo repentino con dolori. Questi hanno sede all'epigastrio e sotto uno o i due bordi costali od ai lombi, di rado alla nuca od agli arti. Generalmente sono intensi e si presentano sotto forma di accessi che durano da più ore a uno o due giorni. I muscoli affetti appaiono tumefatti, di consistenza più dura, e sono molto sensibili alla pressione. I riflessi cutanei delle regioni interessate sono aboliti. Il malato ha il viso congesto e si lagna di forte cefalea, specialmente frontale. La temperatura durante l'accesso si innalza a 39-40° C. La febbre si inizia con brividi e termina con sudorazione per riaccendersi al principio del nuovo accesso doloroso. Il polso segue le variazioni della temperatura, il respiro è superficiale. Sulle tonsille si rileva un leggero arrossimento. La milza è normale: nessuna alterazione a carico della cute, nè delle urine, nè del sangue, se si eccettui un lieve aumento della velocità di sedimentazione dei globuli rossi. In qualche caso si ha vomito, diarrea, epistassi. Lo stadio acuto non supera una settimana, però per parecchio tempo gli sforzi muscolari riescono dolorosi e l'affezione lascia un'astenia di lunga durata. In qualche caso si sono avute ricadute.

Complicazione più frequente è la pleurite secca, che risolve con l'affezione muscolare, talora si ha pericardite, talora orchite. Esito benigno. In Danimarca furono denunciati quattro morti per complicazioni polmonari. Non si conoscono le alterazioni anatomo-patologiche.

Per la diagnosi vale il criterio epidemiologico, perchè è naturale che nei casi isolati debba essere difficile. La malattia clinicamente presenta una certa somiglianza con la febbre dei tre giorni; in pratica viene confusa con la pleu-

rite; errori diagnostici sono possibili con l'appendicite e con la trichinosi.

Il modo d'insorgere, il decorso acutissimo, la febbre e sovratutto la diffusione epidemica, dimostrano chiaramente che si tratta di una malattia infettiva.

Nell'epidemia del 1931 Smoll ha trovato dei plasmodi nel sangue di due malati, ma la scoperta non è stata confermata. Data la somiglianza con l'influenza si può arguire che si tratti di un virus filtrabile. La malattia predilige l'età inferiore ai 15 anni; non ha predilezione per alcun sesso; sembra essere circoscritta ai paesi freddi. La miosite è un'affezione stagionale in quanto l'epidemia comincia alla fine della primavera, infierisce durante la stagione calda e cessa all'entrata dell'inverno. Il periodo d'incubazione è di 2-4 giorni. I fatti epidemiologici fanno supporre che la trasmissione dell'infezione avvenga per contagio diretto dal malato o portatore sano o convalescente sano.

MONTELEONE.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA SCHELETRICO.

Tre tipi di malattie ossee generalizzate: malattia fibrocistica di Recklinghausen, osteite deformante di Paget e metastasi ossee generalizzate.

(E. MARTIN e R. SARASIN, *Revue Médic. de la Suisse Romande*, 25 ottobre 1932).

Nel 1915 Schlagenhaufer ha proposto la paratiroidectomia nella malattia fibrocistica di Recklinghausen e ne operò due casi che ebbero esito letale. Dieci anni dopo Mandl ripetè con successo l'intervento in un malato in cui un innesto di paratiroide aveva aggravato la malattia. Da allora l'operazione è stata ripetuta un po' dappertutto, quasi sempre con estirpazione di un tumore paratiroideo.

Collip nel 1925 ha prodotto sperimentalmente col suo paratormone ipercalcemia con vomito, diarrea ed emorragie e Jaffé ha prodotto, collo stesso estratto, nel porco il quadro osseo dell'osteite fibrosa.

L'adenoma paratiroideo è causa della malattia di Recklinghausen, che Lièvre propone di chiamare osteosi paratiroidea.

Nel m. di Paget non si ha adenoma paratiroideo e l'estirpazione di una o di due paratiroidi normali non ha influenza sulla malattia secondo Snapper. Però istologicamente presenta fenomeni di osteoclasia che somigliano a quelli della malattia di Recklinghausen, ma presenta anche fenomeni di osteoplasia che in quella mancano.

Radiologicamente ci sono dei casi in cui la differenziazione fra le due malattie non è facile.

Dopo aver esposto per esteso tre casi clinici, uno di osteosi paratiroidea, uno di m. di Paget in individuo operato molti anni prima per cancro del retto e uno di metastasi ossee generalizzate, gli AA. si soffermano a discutere i caratteri differenziali di queste malattie.

Clinicamente, nei casi tipici, la distinzione fra m. di Recklinghausen e m. di Paget è semplice. Il m. di Recklinghausen è dei giovani, conduce in uno o due anni all'impotenza e alla cachessia, i dolori lombari con irradiazioni agli arti sono atroci, spesso si hanno fratture spontanee, spesso si hanno calcoli renali. Nei casi meno tipici si hanno alterazioni somiglianti all'osteomalacia.

Il m. di Paget colpisce individui nella seconda metà della vita. Il malato tollera abbastanza bene i suoi dolori, la malattia ha decorso molto lento, l'ispessimento osseo predomina nel quadro, le fratture non sono frequenti.

In tutt'e due queste malattie si hanno calcificazioni metastatiche arteriose (specialmente aortiche), però mentre nell'osteosi paratiroidea c'è ipercalcemia, la calcemia è normale nell'osteite deformante.

Le cisti solitarie ossee per lo più non hanno nulla a che fare colle paratiroidi, mentre raramente si tratta di forme localizzate di Recklinghausen che guariscono colla paratiroidectomia.

Radiologicamente, nella forma osteoporotica dell'osteosi paratiroidea il carattere predominante è la rarefazione ossea, mentre nella forma fibrocistica ci sono immagini cistiche con tessuto pericistico rarefatto e spesso fratture spontanee. Nella m. di Paget la struttura ossea ha subito una trasformazione completa che interessa la maggior parte dello scheletro con zone di rarefazione che si alternano con zone di addensamento. Inoltre caratteristico è l'aspetto del cranio che è aumentato di volume ed ha aspetto ovattato con integrità, fino ad un periodo avanzato della malattia, del mascellare inferiore. Il bacino si presenta « moscato », la colonna lombare presenta le vertebre che ricordano le « vertebre d'avorio » delle metastasi osteoplastiche e della granulomatosi, con integrità delle articolazioni. Raramente si hanno cisti.

Le metastasi ossee possono essere di tipo osteoporotico e di tipo osteoplastico e di forma mista.

Per quanto riguarda il metabolismo minerale, l'ipercalcemia e la negatività del bilancio del calcio sono caratteristiche dell'osteosi paratiroidea, che però può anche presentarsi con calcemia normale (come pure può aversi ipercalcemia in reumatismi cronici, il che ha indotto Ofel e poi Leriche a fare in questi casi la paratiroidectomia). Anche il mieloma multiplo dà un bilancio del calcio negativo. Nelle

metastasi ossee può esserci qualche volta ipercalcemia, ma per lo più si ha calcemia normale o bassa. Sperimentalmente, ogni processo che dà acidosi dà aumento della calcemia, lesioni osse del tipo dell'osteite fibrosa e qualche volta ipertrofia paratiroidea. L'osteomalacia invece si accompagna ad ipocalcemia. Nel m. di Paget la calcemia è normale o poco alta e il ricambio del calcio è positivo.

Mandl ha veduto dei casi eccezionali di osteosi paratiroidea senza bilancio calcico negativo e senza ipercalciuria.

Nella m. fibrocistica c'è ipofosforemia ed iperfosfaturia, ma i risultati dei vari autori in proposito sono sconcordanti.

R. LUSENA.

Osteite cistica tubercolare disseminata.

(A. CAMPIGLIO. *Santa Corona*, a. I, n. 2).

Nell'ottobre 1930 viene ricoverato S. Renato di anni 19 da Mantova per una tumefazione a destra del manubrio dello sterno ed un'altra nell'VIIII costa sulla mammillare. Dopo due mesi di degenza il p. peggiora, febbre a 38,8 e dolori lancinanti vaganti in tutte le parti del corpo, specie al torace. Si attivano le due raccolte e compaiono raccolte fredde alla regione glutea d., alla regione glutea sin., alla crurale s., nel tratto dorso lombare della colonna vertebrale.

Sottoposto ad esame radiografico si osservano nel bacino numerose zone radiotrasparenti, cistiche, alcune a limiti nettissimi circolari od ovalari, altre circondate da cercine addensato, disseminate sui contorni delle ali iliache. La spina iliaca anteriore superiore destra è erosa e da questa lesione ha origine una raccolta sulla regione antero laterale dell'anca, come dimostra un'iniezione di sostanza radioopaca. Numerosi altri processi cogli stessi caratteri si rilevano nel bordo superiore dell'acetabolo e sulla branca ischio-pubica di destra e sull'ischio di sinistra. Altra zona chiara ovalare a limiti netti sulla metafisi femorale inferiore destra. Le varie raccolte per cui fu dimostrato colla iniezione radiopaca la derivazione ossea dai focolai sopradetti sono state tutte sistematicamente punte ed il pus è stato inoculato nel peritoneo di diverse cavie. Il reperto è stato positivo per la tubercolosi.

Il paziente andò sempre peggiorando e morì nel nov. 1931 per cachessia.

Questa malattia rara, difficilmente diagnosticabile e solo dopo diversi mesi dal suo insorgere, ha mantenuto anche in questo caso il carattere solito della osteite tubercolare predíligendo il tessuto spugnoso e presentandosi con aspetto cistico. Tale denominazione di cisti per simili osteiti tbc. fu introdotta da Jüngling (Ueber ostitis tubercolosa cystica multiplex), ma Fleischner propose il nome di cistoidi non trattandosi di vere cisti nel senso anatomo-patologico. Il cercine opaco che circonda le zone chiare a limiti non netti è espressione di difesa dell'organismo contro l'agente che provoca la distruzione dell'osso. Simile reazione si osserva anche talora nei tumori delle ossa perciò bisogna nella diagnosi differenziale tener conto anche di ciò.

R. CECCHINELLI.

Contributo allo studio delle sporotricosi ossee.

(A. e R. SARTORY e J. MEYER e M. MEYER. *Ann. Inst. Pasteur*, XLIX, 1932, n. 4).

Si tratta di lesioni che si presentano sotto forma di periostiti sporotricotiche, di gomme ossee o di ascessi intraossei, o di osteomieliti sporotricotiche, che si confondono con lesioni tubercolari. Possono essere colpite le piccole ossa delle estremità sotto forma di osteiti epifisarie o di osteoartriti, accompagnate da tumefazione e da colorazione violacea delle dita. Si conoscono anche delle osteiti delle ossa del cranio, che simulano l'osteite sifilitica terziaria.

L'infezione ossea si ha per via ematica o direttamente attraverso focolai ulcerativi o gommosi cutanei.

Gli AA. riportano una osservazione che si riferisce ad un uomo di 35 a., il quale a sette anni ebbe una affezione suppurativa di un dito della mano destra guarita in 2-3 settimane. A 12 anni dolore al calcagno improvvisamente, febbre e segni di artrite tibio-tarsica; seguì incisione sottomalleolare, e di poi fistolizzazione, eliminazione di sequestri. Ma le lesioni non guarirono che dopo un lungo trattamento locale di iodoformio, iodio olio gomenolato applicati localmente, con cure elioterapiche e fisiche prolungate. Di poi guarigione perfetta con funzione completamente normale dell'arto.

A 29 anni circa o qualche anno dopo ascesso alla coscia destra, adenite al collo.

A 34 anni, 20 anni circa dopo la guarigione del piede, eliminazione di piccole scheggie ossee. Dopo pochi mesi recidiva delle pregresse lesioni al calcagno con manifestazioni locali, che richiesero un nuovo intervento, col quale si notò un ascesso con pus giallo cremoso, contenente numerosi granuli. L'esame microscopico dimostrò nei macrofagi degli elementi a navicella, che la cultura permise per un parassita sporotricotico patogeno per gli animali, del genere del *Rhinocladium*.

JURA.

Nelle fratture del gomito. Lesioni del mediano.

(I. JUNGBLUTH. *Z. Blatt f. Chirurgie*, 1931, n. 51).

L'A. rileva che tali lesioni non dipendono direttamente dalla frattura, quindi non si hanno per una lesione diretta da parte dell'osso rotto;

ma si producono invece per stiramento o scuotimento del nervo e specialmente per la pressione dovuta ai versamenti sierosi e sanguigni delle parti molli, per il fatto che il nervo scorre in certo modo fra due foglietti di fascia; ciò spiega la circostanza che nelle fratture del gomito molto più raramente si hanno lesioni del radiale e dell'ulnare.

I fenomeni da lesioni del mediano sono generalmente limitati ai flessori delle tre prime dita, ma non raramente colpiscono anche il ramo volare del nervo stesso, e non vengono di solito rilevati perchè l'arto viene tenuto in riposo. Le lesioni del mediano si osservano in un terzo dei casi. *fil.*

L'osteofitosi nelle metastasi di epitelioma nello scheletro.

(ZEMGUYLIS. *Z. f. Kfschwung*, 1931).

L'A. ha raccolto un rilevante numero di casi di metastasi ossee di epiteliomi ghiandolari (sopratutto della prostata e della mammella) in cui si hanno all'immagine radiologica e alle preparazioni anatomiche non tanto fatti di decalcificazione e di distruzione ossea, quanto fatti neoformativi sopratutto sotto forma di osteofitosi ossee numerosissime disseminate. La parte più colpita dello scheletro è la colonna vertebrale. V. GHIRON.

CIRCOLAZIONE.

Le ipertensioni arteriose parossistiche.

(L. LANGERON. *Journal de Médecine de Paris*, n. 45, nov. 1932).

Nell'ipertensione arteriosa parossistica la pressione si eleva bruscamente ma transitoriamente accompagnandosi a sintomi clinici particolari, che scompaiono col ricadere brusco della pressione al suo valore iniziale.

Il quadro più puro dell'ipertensione arteriosa parossistica lo si ha nei casi di paraganglioma surrenale. In un soggetto giovane senza cause apprezzabili si sviluppa in pochi minuti un quadro clinico impressionante: angoscia, pallore intenso, crampi ai polpacci e alle coscie, dolori violenti all'epigastrio seguiti da dolori toracici intensi, da forte cefalea, dispnea, nausea e vomito. Caratteristico è il notevole aumento della pressione che può raggiungere i 300 per Mx e oscillare intorno a 140 per Mn. Al massimo dopo un'ora, la crisi cessa bruscamente con vasodilatazione generalizzata, sudori profusi e la pressione ritorna al suo valore primitivo.

Quando però queste crisi compaiono in soggetti dal sistema cardio-vascolare tarato esse possono provocare fatti gravissimi e anche mortali, quali le emorragie cerebro meningee, l'angina pectoris, l'edema acuto del polmone, ecc.

Non tutte le crisi d'ipertensione parossistica assumono un carattere imponente. Ve ne sono in cui la pressione non aumenta così notevolmente, altre crisi ipertensive sono scoperte manometricamente senza che il paziente avesse avvertito il minimo sintomo.

Le crisi ipertensive si accompagnano qualche volta a sintomi di localizzazione. Vi sono così delle crisi ipertensive a manifestazioni prevalentemente addominali, cerebrali, cardiache, toraciche o polmonari dipendenti dalla malattia che ne ha provocato la comparsa.

Le ipertensioni parossistiche vengono da Donzelot distinte in 3 gruppi a seconda che compaiono nel corso di una malattia nota, in pazienti già affetti da ipertensione permanente, senza nessuna causa apparente (essenziali).

Le malattie che più generalmente provocano crisi ipertensive sono: il saturnismo, l'eclampsia, l'angina pectoris, l'edema acuto del polmone, le lesioni acute del vago, ecc.

La colica da piombo colla sua sintomatologia addominale, col suo polso a fil di ferro teso sarebbe strettamente legata all'ipertensione transitoria e scomparirebbe con lo scomparire di questa.

L'encefalopatia saturnina sarebbe in diretto rapporto con un'ipertensione parossistica di grado elevato.

Espressioni di ipertensione parossistica di grado crescente sarebbero pure, secondo alcuni AA., l'albuminuria, la cefalea, l'eclampsia gravidiche.

Nell'angina pectoris l'ipertensione parossistica qualche volta precede, qualche volta accompagna il dolore.

Diverse crisi dolorose: colica epatica, nefritica, crisi tabetiche possono provocare delle crisi ipertensive.

Quando le ipertensioni parossistiche compaiono in caso d'ipertensione permanente esse possono essere causa di accidenti gravi in rapporto però con lo stato cardio vascolare del soggetto, ma per lo più esse non modificano l'evoluzione generale della malattia la quale dipende sopratutto dalla causa dell'ipertensione permanente.

Le ipertensioni parossistiche dette « essenziali » sono per lo più legate a speciali rarissimi tumori delle capsule surrenali, i « paragangliomi » che non sono quasi mai sospettati in vita e vengono scoperti all'autopsia. Il paraganglioma determina il quadro più puro dell'ipertensione parossistica, ma col ripetersi, gli accessi provocano alterazioni cardio-renali con i sintomi che ne conseguono e le complicazioni che conducono a morte i pazienti, che soltanto un intervento chirurgico potrebbe salvarli. Ma la diagnosi del paraganglioma è difficile e può venire soltanto sospettata quando radiograficamente dopo un pneumo peritoneo si riesce a mettere in evidenza un'ombra nella regione surrenale.

La prognosi delle iertensioni parossistiche è strettamente legata alla causa che le ha provocate: una causa inaccessibile alla terapia do-

vrà fare temere l'effetto deleterio delle crisi ripetute sul sistema circolatorio, una causa benigna o curabile permette invece di presumere la scomparsa di questi accessi parossistici.

R. GARBINI.

Azione della digitale sul flusso delle coronarie.

(N. C. GILBERT e G. K. FEUN. *Arch. of intern. Medic.*, novembre 1932).

Clinicamente non si può stabilire quale azione abbia la digitale sul flusso delle coronarie. Le ricerche sperimentali di vari autori hanno dimostrato negli animali che la digitale è vasocostrittrice delle arterie coronarie. Bodo, usando il preparato cuore-polmone, ha osservato un aumento del flusso coronario. Nel gatto vivente Boud non notò modificazioni del flusso coronario, che invece è apparso aumentato sotto l'azione della digitale nel gatto curarizzato dal Meyer. Nessuna modificazione videro Lakai e Laneyoshi nel gatto anestetizzato con dosi di digitale vicine a quelle terapeutiche.

Gli AA. si servirono di cani, che osservavano anche per due ore consecutive prima di somministrare la digitale. Essi videro, negli animali di controllo, che il flusso coronario è qualche volta in rapporto colla pressione sanguigna e colla frequenza del polso. Su 25 cani in cui fu adoperata la preparazione in foglie di digitale, il flusso coronario diminuì 21 volte (di cui 12 volte senza nessun rapporto colla caduta della pressione nè colla diminuzione del ritmo cardiaco) e aumentò 4 volte in rapporto con aumento della pressione.

Risultati certamente differenti essi ebbero con un altro preparato digitalico del commercio, e precisamente su 40 casi, in 5 ci fu aumento e in 5 diminuzione del flusso in rapporto con variazioni della pressione e della frequenza del polso mentre in un caso solo ci fu diminuzione senza rapporto con pressione e frequenza, ma forse fu un errore d'osservazione perchè ripetute le prove collo stesso preparato i risultati furono identici alla prima serie di esperimenti.

Risultati analoghi ebbero gli AA. coll'uabaina. La digitossina si è dimostrata meno efficace. Osservazioni fatte dopo vagotomia e dopo atropinizzazione hanno mostrato che i preparati digitalici hanno un'azione sul vago.

Da questi esperimenti appare evidente che nel somministrare la digitale nei disturbi delle coronarie bisogna essere cauti. R. LUSENA.

Azioni combinate della chinidina e della digitale sul cuore.

(H. GOLD, W. MODEL e L. PRICE. *Arch. of intern. Medic.*, novembre 1932).

Chinidina e digitale hanno alcune azioni comuni, mentre ne hanno altre nettamente opposte. Clinicamente queste osservazioni farmacologiche hanno importanza, perchè si adoperano spesso le due sostanze anche contemporaneamente sullo stesso malato. Per questo gli AA. hanno voluto occuparsene, facendo osservazioni su cani. Essi videro che la chinidina in cani che hanno tachicardia ventricolare da digitale ha azione diversa secondo l'individuo e secondo l'intensità dell'avvelenamento da digitale e la dose di chinidina. Mentre nel cane normale la chinidina produce solo un'accelerazione sinusale, nel cane digitalizzato essa può accelerare o rallentare la frequenza dei battiti, modificare il ritmo rendendo irregolare un ritmo regolare e viceversa, e provocare convulsioni tetaniche. Queste modificazioni si producono attraverso rallentamento della tachicardia ventricolare, abolizione della tachicardia ventricolare, provocazione di un ritmo nodale o di un ritmo lento idioventricolare o ristabilimento di un ritmo sinusale normale.

Le modificazioni della regolarità o irregolarità del ritmo non indicano se nel meccanismo cardiaco si siano prodotte modificazioni desiderabili, il che si può vedere solo coll'elettrocardiogramma.

Le dosi di chinino che sono innocue per il cane normale anestetizzato possono produrre la morte per arresto del ventricolo nel cane digitalizzato. L'orecchietta (o il seno) diventa così sensibile alla depressione da chinidina nel cane digitalizzato da potersi avere arresto dell'orecchietta.

Questi risultati dell'uso della chinidina possono aversi nel cane per dosi anche di 1/3 inferiori a quelle tossiche nell'uomo, compaiono meno di un minuto dopo l'iniezione endovenosa, sono di breve durata.

Se le piccole dosi di chinidina non riescono a ridare un ritmo sinusale normale, non riescono a farlo nemmeno le dosi alte.

La doppia vagotomia non modifica questi risultati.

L'uso della chinidina per combattere la tachicardia ventricolare da digitale può essere pericoloso. R. LUSENA.

Arborizzazione di branca e blocco cardiaco completo.

(SOL ROY ROSENTHAL. *Arch. of int. Medic.*, novembre 1932).

Il fascio di His non ha, come si credeva, una funzione soltanto passiva. L'impulso cardiaco parte dal nodo senoauricolare e conduce alla vena cava superiore (fascio di Wenckebach), alla vena cava inferiore (fascio di Thorel) e alla muscolatura auricolare. Non è stata sicuramente dimostrata l'esistenza di una comunicazione fra nodo senoauricolare e nodo atrioventricolare. Il nodo atrioventricolare, posto alla base del setto auricolare, dà origine al fascio di His che decorre nella porzione membranosa del setto intraventricolare e si divide poi in una branca sinistra (che a sua volta si

suddivide in una porzione anteriore, una mediale e una posteriore, fino alle arborizzazioni minori) e in una branca destra che va al muscolo papillare della tricuspide (e si suddivide in arborizzazioni minori). Ci sono comunicazioni fra le due orecchiette e i due ventricoli.

Se c'è interruzione di una delle branche, lo stimolo si trasmette attraverso la muscolatura che unisce le cavità, quindi un blocco della branca destra si manifesta elettrocardiograficamente come un levocardiogramma e viceversa quello della branca sinistra come un destrocardiogramma.

L'A. ha veduto un caso di blocco della branca sinistra da aneurisma del seno di Valsalva in cui fu fatta la diagnosi elettrocardiografica di blocco e in cui l'autopsia confermò l'interruzione del fascio, un caso di sclerosi coronaria con trombosi delle coronarie e lesione della branca sinistra con lesione anche della destra e in cui elettrocardiograficamente fu sospettata l'esistenza del blocco di branca. Egli descrive anche un caso di blocco completo diagnosticato in vivo e in cui all'autopsia si trovò una lesione vicino alla biforcazione del fascio (si trattava di un iperteso) e due casi di blocco da processi infiammatori (uno di endocardite acuta e uno di miocardite subacuta).

R. LUSENA.

MEDICINA DEL LAVORO.

La silicosi polmonare ed i suoi problemi attuali.

(A. POLICARD. *Journ. de Méd. de Lyon*, 5 febbraio 1933).

La silicosi, prima appannaggio di qualche raro mestiere, ha subìto una estensione considerevole, non soltanto nelle miniere, come troppo spesso si crede, ma in una serie di altre industrie.

Essendo la silicosi una malattia professionale, sorge il problema medico-legale dell'indennizzo. Occorre perciò diagnosticarla e bisogna stabilire una relazione sicura di causa ad effetto fra il genere di lavoro e la malattia.

Il problema, che in principio sembrava semplice, si è dimostrato, in realtà, infinitamente complicato. Il meccanismo d'azione della silice è lungi dall'essere chiaro. La tubercolosi si combina sempre con l'intossicazione professionale in condizioni ancora mal precisate. Sono questi i problemi che l'A. si è proposto di esaminare.

CARATTERI GENERALI DELLA SILICOSI POLMONARE.

I. *Anatomia patologica*. La lesione essenziale della silicosi polmonare è il *nodulo silicotico*. È una formazione sferica od ovalare, di 1-2 mm. di diametro, che ha sede nel tessuto polmonare apparentemente sano od enfisematoso. Il nodulo contiene delle piccole particelle di silice. Alcuni noduli rappresentano una combinazione di silicosi e di tubercolosi: il loro centro può essere caseificato; essi possono contenere simultaneamente delle particelle di silice e dei bacilli di Koch. Sono questi i *noduli silico-tubercolari*. In una fase ulteriore dell'affezione si origina una *fibrosi estensiva* del polmone, che determina dei disturbi considerevoli della circolazione polmonare e del circolo generale (asistolia terminale).

Il nodulo silicotico nel periodo di stato e la sclerosi densa ed estensiva nel periodo terminale rappresentano le lesioni caratteristiche della malattia.

II. *Sintomatologia*. Il carattere clinico essenziale della silicosi polmonare risiede nel contrasto fra l'immagine radiografica dei polmoni ed il numero piccolo dei disturbi funzionali contemporaneamente accusati dai malati.

Nelle prime sue fasi, che possono durare degli anni, la silicosi resta funzionalmente silenziosa o mostra segni banali. Solo la radiografia rende possibile la diagnosi.

Essendo i noduli silicei piccoli, occorre, per metterli in evidenza, una eccellente radiografia istantanea, eseguita preferibilmente tenendo l'ampolla distante dal soggetto. Si ammettono in generale i tre stadî seguenti:

Al principio, in uno stadio di presilicosi, si ha una accentuazione delle ombre ilari, legata alla sclerosi peribronchiale e perivascolare. Questo aspetto è banale e di valore diagnostico dubbio.

Quando la lesione nodulare silicotica è costituita, si osserva una immagine radiologica di tipo miliare, « a tempesta di neve ». In generale gli apici polmonari sono liberi o poco interessati. Il massimo della densità delle deposizioni silicee si trova nei lobi medi. Le lesioni sono sempre simmetriche. Radiologicamente queste immagini si distinguono con difficoltà da certe forme di tubercolosi.

Nello stadio terminale, si osservano delle ombre dense, simmetriche, di aspetto pseudo-tumorale, a sede prevalentemente nel lobo medio, in vicinanza delle ombre ilari. Il lobo inferiore è generalmente chiaro, di aspetto enfisematoso.

Quanto ai disturbi funzionali, essi sono nel primo stadio nulli. La silicosi non provoca irritazione dei bronchi e si stabilisce silenziosamente e progressivamente.

Nel periodo di stato, l'infermo accusa soltanto un po' di dispnea da sforzo, un'espettorazione un po' aumentata, ma senza caratteri speciali. Generalmente non si ha febbre nè dimagramento. All'esame si constatano solo segni di enfisema. Questa discordanza fra l'immagine radiografica ed i segni fisici è caratteristica della silicosi.

Nel terzo periodo, la dispnea è assai accentuata, ma può ancora consentire il lavoro, finchè insorgono i disturbi circolatori che portano spesso all'asistolia. Lo stato generale è in questo periodo generalmente compromesso.

A questi sintomi si possono sovrapporre i segni dell'infezione bacillare, praticamente sempre associati alla silicosi (emottisi, espettorazione bacillifera, ecc.).

III. *Diagnosi.* La diagnosi va posta sui dati etiologici, sui dati radiologici e sulla sconcordanza fra questi ultimi ed i segni funzionali. Ciò che rende molto complicata la diagnosi è la combinazione praticamente costante con la tubercolosi, che, sotto l'influenza della silicosi, sembra assumere un andamento fibroso, torpido. Non vi sono segni di intossicazione, l'espettorato è frequentemente privo di bacilli di Koch. Solo la lunga osservazione degli infermi può in questi casi rari chiarire il dagnostico.

I PROBLEMI ATTUALI.

I. *Condizioni etiologiche della produzione della silicosi.* Per molto tempo si è pensato che l'attitudine di una polvere a dare la silicosi fosse proporzionale alla quantità di silice da essa contenuta, senza alcuna considerazione per la forma chimica di detta silice. I lavori ulteriori hanno dimostrato inesatta questa opinione. Quello che conta, nella determinazione della silicosi, non è la quantità totale di silice, ma la quantità di silice libera, sotto forma di quarzo (SiO_2) libero. La silice è straordinariamente abbondante in natura, particolarmente sotto forma di silicati. Ora, praticamente, i silicati non determinano silicosi.

La quantità globale di silice contenuta in una polvere non dà dunque alcuna indicazione. Il solo elemento etiologico da prendere in considerazione è la quantità di silice libera contenuta nella polvere.

Le forme mineralogiche della silice libera sono: il quarzo, la tridimite e la cristobalite, l'opale, la calcedoina e la silice vitrea. Sono questi minerali, e non i silicati, che intervengono nella genesi della silicosi. I silicati possono, in certe condizioni, provocare delle lesioni polmonari, ma di tipo differente (p. es. l'asbestosi, provocata dall'amianto).

Solo le polveri di dimensioni molto piccole sono nocive. Le particelle estremamente fini restano più a lungo in sospensione nell'aria e possono penetrare fino al fondo dell'alveolo senza depositarsi nelle vie bronchiali. Una polvere è tanto più dannosa quanto più è fine, mentre le polveri grosse possono facilmente essere arrestate dalle fosse nasali e dalle vie bronchiali.

L'estrema finezza delle particelle può far apparire perfettamente chiara l'aria dell'ambiente di lavoro e rende inutile anche le nebulizzazioni di acqua, che sopprimono le particelle più grandi, non nocive, mentre lasciano sussistere le particelle più fini.

Si comprende pertanto l'estrema difficoltà della profilassi pratica e veramente efficace della silicosi, e si comprende anche quanto sia difficile stabilire quando un'aria contenente polveri cominci ad essere dannosa.

Quanto al tempo di soggiorno in ambiente nocivo necessario perchè un soggetto diventi silicotico, è difficile poterlo stabilire, dato che la comparsa della silicosi dipende non soltanto dalla durata del soggiorno, ma anche dalla finezza delle particelle e dal contenuto in silice libera. Ha importanza anche il tipo di respirazione. Più sono profondi i movimenti respiratori, più è grande la quantità di particelle ritenute, mentre una respirazione rapida ma superficiale provoca una ritenzione più debole. Un lavoro intenso, che accelera i movimenti respiratori, favorisce la silicosi. È ugualmente favorendo la dispnea che possono agire i gas tossici che si mescolano all'aria impolverata, specialmente i vapori nitrosi provenienti dagli esplosivi.

Bisogna poi tener conto di un fattore individuale. È curioso osservare che alcuni soggetti, dopo 10-15-20 anni di vita nella polvere silicea, non presentano lesioni o solo lesioni silicee infime, mentre altri, nelle stesse condizioni, hanno delle lesioni accentuate.

La natura di questo fattore individuale è ignota, ma alcuni AA. pensano che la presenza di una impregnazione bacillare debba avere una importanza favoreggiatrice.

II. *Meccanismo patogenetico.* Il problema patogenetico fondamentale della silicosi è quello del modo di formazione del nodulo silicotico.

Le particelle silicee che arrivano nell'alveolo, cadono sulle pareti e sono inglobate dalle cellule fagocitarie. Le particelle silicee sono tossiche per queste cellule che vengono, dopo un certo tempo, a morte. È questo, dal punto di vista patogenetico, il fenomeno capitale.

Le cellule, contenenti le polveri, possono accumularsi nell'alveolo; si ha una sorta di alveolite. Esse possono anche guadagnare le vie bronchiali ed essere eliminate. Ma questo fenomeno si realizza in grado molto debole per le cellule cariche di polveri silicee, precisamente perchè la silice intossica progressivamente la cellula e paralizza i suoi movimenti ameboidi.

Una parte importante di queste cellule penetra nel tessuto connettivo del polmone, ricco di linfatici e vi determina delle trombosi, attorno alle quali il connettivo reagisce con la formazione di un granuloma. A poco a poco questi granulomi si sclerotizzano, formando i noduli silicotici.

È questo il meccanismo di formazione della silicosi pura.

In pratica, però, la silicosi pura sembra che sia estremamente rara. Nella immensa maggioranza dei casi, se non in tutti, interviene un fattore supplementare, la tubercolosi. La silicosi polmonare è quasi costantemente una reazione fra le polveri silicee e un polmone che ha subito una affezione bacillare.

III. *Silicosi e tubercolosi.* Si è già detto dei caratteri anatomo-patologici e clinici della silico-tubercolosi. Una quistione patogenetica da

considerare è la seguente: Qual'è l'elemento primitivo, la silice o il bacillo di Koch? Una risposta sicura non si è potuta dare.

In generale la tubercolosi viene considerata come primitiva. La silice interverrebbe secondariamente a modificare l'andamento dell'infezione, nel senso di un allungamento della malattia e di una fibrosi delle lesioni. La presenza della silice nel polmone favorisce senza alcun dubbio i processi di sclerosi. La silice porta dunque un aumento di resistenza locale, ma esclusivamente una resistenza locale. I soggetti che respirano della silice vanno soggetti alle tubercolosi generalizzate negli altri organi, mai però nel polmone.

La possibilità di una silicosi primitiva, che favorisca lo sviluppo di una tubercolosi, non è però completamente esclusa e alcune osservazioni sperimentali e cliniche sembrano parlare in questo senso.

Come agisce la silice rispetto alla tubercolosi? Gli studi a questo riguardo hanno messo in evidenza due fatti: 1° l'azione favorevole esercitata dalle particelle di silice sullo sviluppo del bacillo di Koch; 2° il potere fibrosante delle particelle di silice.

IV. *Evoluzione e prognosi della silicosi.* L'evoluzione clinica di un caso di silicosi dipende dallo sviluppo più o meno rapido dei due fattori, la tubercolosi concomitante e la fibrosi. Il silicotico muore sia per lo sviluppo della tubercolosi, sia per insufficienza cardiaca in rapporto con la sclerosi polmonare.

Quando nessuna misura profilattica viene messa in opera, l'evoluzione della fibrosi è rapida. Secondo Hustein, la morte sopravviene nei silicotici dai 50 ai 55 anni in media.

Dal punto di vista profilattico è importante sapere se la silicosi continua a progredire dopo la cessazione del lavoro negli ambienti polverosi.

Bisogna, a questo proposito, considerare che le parti sclerosate del polmone lo sono definitivamente e che le lesioni fibrose sembra che continuino a progredire anche dopo che il soggetto ha abbandonato l'ambiente nocivo. La silice abbandona il polmone con estrema lentezza e la sua azione fibrante può esercitarsi finchè è presente.

Sembra però che, a lungo andare, le particelle di silice possano abbandonare il polmone. Un'altra parte, secondo Belt, prenderebbe una forma chimicamente inerte, quella di una silice colloidale non diffusibile che rimarrebbe bloccata sul posto.

In soggetti che avevano anteriormente subito una silicosi nodulare netta, e morti lungo tempo dopo la cessazione del lavoro nocivo, Belt ha osservato dei segni di guarigione e di arresto del processo sclerosante.

Comunque sia, il solo rimedio possibile per una silicosi in via di sviluppo, è l'allontanamento dall'atmosfera impolverata.

C. TOSCANO.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

Prof. Dott. ARNOLFO CIAMPOLINI. *Il trauma nella etiogenesi delle malattie. (Rapporti clinici e medico-legali).* Luigi Pozzi, editore, Roma. Prezzo: in brochure: L. 52; rilegato in tela: L. 58.

Il nuovo e voluminoso lavoro del Ciampolini, già ben noto per il suo largo contributo alla clinica e alla medicina legale del lavoro e dei suoi infortuni, è un libro che in soli cinque grandi capitoli, densi e complessivi, tratta prima del concetto giuridico dell'infortunio e dei suoi fattori causali e occasionali, e quindi del vasto campo della patologia medica e chirurgica in tutte le sue espressioni e localizzazioni, comprese quelle endocrine e neuropsichiche, sotto la luce non sempre limpida dell'influenza del trauma.

È un libro che può e deve suscitare un grande interesse per il « senso clinico ond'è permeato » come si esprime il Frugoni nella prefazione al libro stesso, per la ricchissima casistica che lo correda e perchè in casi difficili e incerti riesce di valida guida e di conforto a giudizi che più si avvicinano alla realtà e alla giustizia. È quindi e sopratutto un bel libro di consultazione, ove pur se chi legge e indaga non possieda una cultura, una esperienza e specialmente una coscienza medico-legale, addestrata e adatta, vi trova tutti gli elementi per formarsi tale coscienza e quelli clinici per applicarle; chiunque poi può dalla grande esperienza dell'Autore trarre il massimo profitto, anche se non sempre partecipi alle sue opinioni e ai suoi convincimenti, di impronta spesso molto personale, e a cui lo stile, non di rado spiccatamente polemico, come nella complessa questione della « psiconevrosi traumatica » in genere e dell'« istero-traumatismo » in specie, aggiunge uno spiccato e colorito interesse.

Il modo di pensare dell'A. in forma esplicita e categorica non manca di efficacia didattica ed è quanto mai apprezzabile quando egli, ad esempio, definisce il valore etiogenetico del trauma nelle psicosi di natura endogena e costituzionale, e ne fissa i termini nei limiti di un fattore che « mobilizza » la sindrome, come nella schizofrenia; forse il trauma può avere un significato maggiore, pur sempre occasionale o determinante, nella psicosi maniaco-depressiva, ove l'esaltazione o la depressione del tono affettivo può trovare più facili moventi nelle influenze psicogene del trauma stesso.

Favorevolmente giudicando anche il tono imperativo di alcuni giudizi in quanto plasma la individualità dell'Autore, e che sopratutto si nota dove mancano chiare connessioni fra violenze fisiche e conseguenze altrettanto fisiche, dove il mancante o non apparente somatismo del sintomo incoraggia a divagazioni etiogenetiche e induzioni teoretiche, crediamo non er-

rare affermando che il libro del Ciampolini a tutt'oggi è l'opera più completa e più significativa che sia apparsa in Italia nel campo della patologia traumatica ed infortunistica.

Prof. GIULIO MÒGLIE.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

MARIO PORZIO. *Manuale pratico di Endocrinologia clinica.* Vol. 3°. *Ipofisi,* 1 vol. di pag. 194 con 16 illustrazioni nel testo. Opera Medica Italiana Editrice, Roma 1932. Prezzo L. 18,50.

Questo terzo volume del Manuale di Endocrinologia, per ragioni editoriali esce per primo alla luce. Esso costituisce una monografia esauriente, un'opera coerente ed organica.

L'A. non si è limitato a redigere, attraverso lo spoglio di una copiosa bibliografia, un lavoro di aggiornamento, ma ha compiuto un'originale coordinazione ed una felice sintesi dei più importanti dati sperimentali.

In capitoli successivi tratta: anatomia e sviluppo, biochimica e fisiologia, farmacologia dell'ipofisi; da segnalare l'esposizione delle influenze del lobo anteriore sulla funzione sessuale e delle correlazioni ormoniche di esso, come pure la trattazione delle tecniche di esecuzione e del significato biologico della reazione di Aschheim e Zondek per la diagnosi biologica della gravidanza. Seguono un capitolo di diagnostica radiologica, oftalmologica e funzionale; uno di clinica, nel quale sono descritte tutte le sindromi da disfunzione ipofisaria; uno di terapia, dove sono svolte tanto le applicazioni curative dei vari estratti ipofisari, quanto gli interventi chirurgici e radioterapici sull'ipofisi.

La bibliografia è accurata ed estesa. Oltre le citazioni a piè di pagina, c'è in fondo al volume una guida bibliografica nella quale sono raggruppate per argomento e per autore le più importanti pubblicazioni comparse dal 1928 al 1° sem. del 1932 riguardanti l'ipofisi.

M. PACELLI.

C. LIAN. *L'angine de poitrine.* Editore Masson, Parigi. Fr. 55.

Il libro che C. Lian ha compilato in collaborazione di A. Blondel, G. Horet, Marchal e H. Welti, costituisce una trattazione esauriente sulla complessa quistione dell'*angina pectoris.*

Dopo un'ampia dissertazione sul meccanismo di produzione dell'accesso, si procede alle classifiche delle varie forme di angor: cardio-arteriose, cardiache, tossiche.

Le angine cardio-arteriose possono assumere tre forme: comune, acuta febbrile, addominale.

Le angine cardiache possono essere riflesse, nevrosiche, tossiche.

Per ciascuna forma sono ampiamente descritti gli elementi sintomatologici che consentono un perfetto orientamento diagnostico.

Uno speciale capitolo è ordinato alla cura con la descrizione e la indicazione specifica dei varii metodi terapeutici: farmacologici, fisioterapici e chirurgici.

DR.

H. CAILLOUX e M. BLANC. *Technique des prélèvements dans la pratique clinique. Interprétation des résultats du laboratoire.* Un vol. in-16° di 209 pag. con fig. N. Maloine ed. Paris, 1932. Prezzo fr. 25.

Questo lavoro degli AA. ha lo scopo di ricordare ai pratici il modo più conveniente di prelevare i campioni destinati al laboratorio e di trarre una conclusione pratica dai risultati delle analisi. Scritto in uno stile conciso, permette di trovare rapidamente l'insegnamento utile.

La tecnica dei prelevamenti è esposta chiaramente mettendo in rilievo le condizioni essenziali di cui l'inosservanza può arrivare anche a falsare i risultati di analisi; per ogni ricerca, gli AA. indicano anche il significato che si deve dare ai risultati.

Sono trattati: urine, sangue, liquidi di puntura, pus, ulceri, sputi, essudati, contenuto gastrico e duodenale, sostanze fecali, oltre alle micosi, al latte, alle acque. Vi sono anche esposti i più recenti metodi di esplorazione funzionale degli organi.

In seguito, gli AA. danno un elenco dei microorganismi e dei parassiti, con le malattie che provocano e, da ultimo le ricerche da laboratorio da compiersi nelle diverse malattie elencate.

Il medico pratico non ha sempre un'idea precisa delle ricerche che possono essere utili nel caso concreto ed invia talora dei campioni di materiale in condizioni da essere inutilizzabili (p. es., non è raro veder giungere del sangue in tubicini da sieroreazione per la ricerca del parassita malarico); di fronte ai risultati del laboratorio rimane poi qualche volta imbarazzato, non essendo sempre in grado di valutarne il significato.

Il comodo manuale degli AA. si presenta quindi di grande utilità e dovrebbe trovare posto nella biblioteca di ogni medico. *fil.*

Proceedings of the fifteenth Scandinavian Congress for internal medicine. Supplemento I degli Acta medica Scandinava, Un vol. in-8° di 422 pag. con figg.

Il volume degli atti del XV Congresso scandinavo di medicina interna, tenutosi in Oslo nel 1931, riunisce oltre 60 relazioni e comunicazioni fra cui citiamo: Il complesso basedowiano di origine centrale (A. Josefson). La miocardite latente (J. Tillgren e S. Lindeberg). L'emottisi come sintoma iniziale della stenosi

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

mitralica (E. Warburg). Tentativi di cultura del bacillo tubercolare dal sangue (G. Kahlmeter). Il contenuto del liquor in acido citrico (B. Benni). Il trattamento del diabete con dieta ricca di carboidrati (O. Bang).

Le relazioni e comunicazioni sono redatte in inglese, tedesco o francese, sicchè la lettura ne è possibile anche per chi non conosce le lingue scandinave. *fil.*

Neue deutsche Klinik, diretta da G. e F. KLEMPERER. Un vol. in-4° di 798 pag., con 204 fig. ed una tav. a colori. Urban e Schwarzenberg, Berlin, 1932. Prezzo RM. 30 (Rilegato 36).

Il IX volume di questa opera a cui collaborano le più eminenti personalità scientifiche della Germania e che si viene dimostrando sempre più rispondente ai fini di una buona cultura del medico, contiene 25 lavori che sono da considerarsi come delle vere monografie in argomento. Ne citiamo alcuni.

Malattie della pleura (O. Bruns). Vaiuolo e vaccinazione (H. A. Gins). Policitemia (G. Klemperer e P. Fleischmann). Atrofia muscolare progressiva (H. Curschmann). Paralisi progressiva (J. Wagner-Jauregg). Psicopatia e psicosi (W. Gruble). Pieliti e pielonefriti (S. Isaac e S. Perlmann). Rachitide (K. Huldschinsky). Tumori del midollo spinale (E. Guttmann). Incurvamenti della colonna vertebrale (G. Hohmann). Scarlattina (U. Friedemann e A. Elkeles). Schizofrenia (W. Gruble). Malattie settiche (K. Bingold), ecc.

La pubblicazione di questo volume ha coinciso con la morte di uno dei direttori, Felix Klemperer, il quale non ha potuto così veder compiuta questa eccellente opera. Egli, nei primi anni del secolo, aveva diretta unitamente a v. Leyden un'opera analoga « La clinica tedesca all'inizio del secolo XX », che aveva pure avuto ottimo successo. *fil.*

DIVAGAZIONI.

L'igiene degli animali domestici nelle case private.

L'abitudine di tenere animali domestici (cani, gatti, uccelli) nelle case è abbastanza diffusa; in qualche caso, se non si cura a sufficienza l'igiene di tali animali, ne possono derivare danni a questi stessi ed all'uomo. Ritengo perciò utile riassumere i consigli che dà in proposito D. Wirth (*Wiener Klin. Wochens.*, 2 dicembre 1932).

È anzitutto essenziale una grande pulizia dell'animale stesso. I gatti ed i cani dovrebbero venir pettinati e spazzolati giornalmente; ai cani si darà ogni settimana un bagno, il quale è consigliabile anche per i gatti, sebbene per questi animali, tenuto conto delle loro abitudini di pulizia, esso non sia proprio indispensabile; si farà, col bagno, una buona saponata. La cura della pelle è di grande importanza anche perchè si allontanano in tal modo i parassiti e si evitano malattie diverse trasmissibili (favo, tricofizia, rogna).

L'A. consiglia di lavarsi sempre le mani dopo aver toccato gli animali e di evitare ogni contatto inutile o troppo stretto (baci).

I cani sono spesso portatori di tenie, e l'A. consiglia di far loro annualmente la cura con un tenifugo. L'eliminazione di tenie è di per sè schifosa e può avvenire anche nelle stesse stanze. Una delle tenie dei cani (il *Dipylidium caninum*) può anche trasmettersi all'uomo; la difesa contro di essa si fa specialmente lottando contro i parassiti (la pulce può essere un agente trasmettitore). Nelle grandi città non vi è serio pericolo di trasmissione di echinococco, che è invece da temersi per i cani che vivono in campagna od in vicinanza di macellerie.

L'alimentazione degli animali dev'essere sana, anche per evitare ad essi disturbi gastrointestinali. Nelle case dove si sventra della selvaggina o del pollame, si tenga presente che le lepri ed i conigli sono ospiti intermedî di tenie del cane (*T. serrata* e *serialis*) e che la tubercolosi ed il colera dei polli possono essere trasmessi al cane. Cani e gatti possono infettarsi di tubercolosi con l'uso di latte infetto.

I cani si condurranno, due volte al giorno, all'aperto per urinare e defecare, per i gatti si porrà, in un determinato punto della casa, una cassetta con sabbia, che andrebbe pulita ad ogni evacuazione.

Cani e gatti debbono avere la loro cuccia, che ogni settimana va pulita a fondo, sbattuta od eventualmente lavata. Sempre riprovevole è l'abitudine di tenere cani e gatti sul letto, potendo, fra l'altro, essi trasmettere delle malattie.

Per quanto riguarda gli uccelli, si baderà ad un'estrema pulizia della gabbia, in tutte le sue parti. Si spargerà sul pavimento della sabbia, che va cambiata spesso; si deve dare agli uccelli la possibilità di fare dei bagni, di acqua o di sabbia. Gli uccelli possono trasmettere degli acari, nonchè il favo o le tricofizie.

È pure da tener presente che gli animali, in case con malati di tubercolosi aperta, possono infettarsi di tale malattia.

L'introduzione di nuovi animali in una casa dovrebbe essere preceduta da un periodo di quarantena, in modo che le eventuali malattie in incubazione possano svilupparsi. Per i pappagalli, è consigliabile una contumacia di tre settimane.

Per ogni malattia degli animali è bene sentire il consiglio del veterinario.

Soprattutto è da rilevare che quelli che non hanno pazienza, tempo e passione per gli animali non li tengano affatto; risparmieranno sofferenze a questi e pericoli a sè.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Napoletana di Chirurgia.

Seduta del 9 febbraio 1933.

Presidente: Prof. L. TORRACA.

Su di un caso di adenocistoma papillifero dell'ovaio.

G. CICCONARDI. — L'O. riferisce su di un caso di adenocistoma papillifero dell'ovaio, importante principalmente dal lato diagnostico, per gli errori d'interpretazione cui dette luogo prima dell'intervento chirurgico. Per parecchi anni l'inferma fu considerata affetta da polisierosite tubercolare (versamento pleurico destro e peritoneale) e poi guarito il versamento pleurico, da peritonite tubercolare e curata a lungo come tale. Successivamente fu visitata dall'O., il quale notò la presenza di una massa alla palpazione profonda in corrispondenza del quadrante inferiore destro dell'addome e la interpretò come tumore ovarico, mentre altri la ritennero tubercoloma. Propose l'intervento chirurgico che eseguì nel dicembre 1928. L'esame istologico dimostrò trattarsi di adenocistoma papillifero dell'ovaio. L'ammalata guarì dall'intervento e tuttora, a distanza di oltre 4 anni, è in perfette condizioni di salute.

S. PICCOLI. Ammette la possibilità che l'inferma sia stata affetta, oltre che da tumore ovarico, anche da peritonite tubercolare.

G. PASCALE. Ribadisce il concetto, anche in base alla sua larga esperienza, che nei tumori ovarici si può avere versamento pleurico.

A. ALHAIQUE. Si domanda come mai, anche molto tempo prima che il tumore fosse apprezzabile, si verificava un versamento ascitico così abbondante.

C. CICCONARDI. Ringrazia e, al prof. Piccoli risponde che non ritenne il versamento di natura tubercolare oltre che per il fatto che tutte le indagini di laboratorio erano contrarie alla tubercolosi, anche perchè il liquido, non ostante le cure intense praticate, si riprodusse, e con rapidità sempre maggiore, cessando solo, completamente, e senza più riprodursi, dopo l'asportazione del tumore. Al prof. Pascale, che nel suo caso, il liquido pleurico non era in relazione col tumore, perchè esso fu notato, e solo transitoriamente, 5 anni prima della comparsa del tumore stesso. Al prof. Alhaique infine risponde che, anche quando il tumore era allo stato iniziale e non apprezzabile clinicamente, poteva manifestarsi con ascite, indice di reazione della sierosa peritoneale.

Le alterazioni delle reti linfatiche intestinali nell'occlusione intestinale.

E. REBUSTELLO. — L'O. si è proposto di ricercare se ed in quale misura si determinano nell'occlusione intestinale alterazioni morfologiche della rete linfatica delle pareti intestinali. A tale scopo, ottenuta nel coniglio una occlusione intestinale, l'O. ha iniettato i linfatici secondo il metodo Gerota. In base ai risultati dei suoi esperimenti l'O. conclude che nell'occlusione intestinale esiste un enorme aumento di calibro dei rami linfatici intraparietali, con cambiamento di forma delle maglie che da poligonali divengono rotondeggianti. Queste alterazioni si riscontrano non solo a monte dell'ostacolo ma anche a valle di questo, sebbene in grado molto minore. Prendendo in considerazione la dimostrata alterata capacità di assorbimento esistente nell'occlusione intestinale e le alterazioni anatomiche dimostrate dall'O., alterazioni che permettono di pensare all'esistenza di una stasi linfatica, è lecito presumere che esista un rapporto di dipendenza tra i due fattori, nel senso che l'alterata capacità di assorbimento può essere considerata una conseguenza diretta delle alterazioni anatomiche delle vie linfatiche intestinali.

Ernie crurali consecutive ad operazioni radicali di ernia inguinale.

A. GIROTTO. — L'O. ha avuto campo di osservare nell'Istituto di Patologia Chirurgica di Padova, diretto dal prof. Torraca un caso di ernia femorale consecutiva ad ernia inguinale operato in precedenza da altro chirurgo secondo il metodo di Bassini. Questa nuova osservazione viene a confermare le esperienze sul cadavere e le osservazioni cliniche rese note dal Vallone, cioè che l'applicazione inesatta del processo Bassini, può dare origine alla comparsa di un'ernia femorale. Il meccanismo di tale complicazione va ricercato nel fatto che, nella ricostruzione della parete posteriore del canale inguinale, nei punti di sutura viene presa troppa stoffa (più di due o tre cm.) del triplice strato muscolo-aponevrotico, con che l'arcata del Poupart rimane stirata verso l'alto. Si determina in tal modo un allargamento dell'anello femorale, che rappresenterebbe appunto la condizione predisponente alla comparsa dell'ernia femorale.

Il Segretario: F. BUONOMO LA ROSSA.

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta del 3 gennaio 1933.

Presidente: Prof. GAIFAMI.

Prof. BISCEGLIE. — *Sulla attività mitotica nelle culture dei tessuti.*

Prof. SPADAFINA. — *Capacità evolutiva dei fibroblasti.*

Del diverticolo di Meckel e della sua perforazione.

Prof. TRAVAGLINI. — L'O. accenna come in questi ultimi tempi a spiegare la patogenesi della perforazione del diverticolo di Meckel si sia caduti in quella che potremmo chiamare una vera ipnosi della eterotopia della mucosa gastrica; illustra quindi con dimostrazioni microscopiche un caso clinico di perforazione del diverticolo di Meckel che mette in rapporto con fatti di diverticolite a tipo flemmonoso non avendo microscopicamente riscontrati in nessun tratto del diverticolo aspetti della mucosa che potessero ricordare la mucosa gastrica.

Formazione cistica del collo femorale complicata a frattura.

Prof. TRINCHERA. — L'O. riferisce di un caso di voluminosa formazione cistica del femore destro, occupante tutto il collo e la metafisi superiore,

complicata da frattura completa cervico-trocanterica, in un giovanetto di 9 anni. L'infermo guarì dopo circa 4 mesi con ricalcificazione totale dell'ampia zona cistica e ripristino funzionale perfetto dell'arto, senza alcun intervento operativo, con semplice apparecchio a trazione sull'arto in abduzione e rotazione interna.

Situazione nosologica delle encefalo-mieliti acute non suppurate.

Prof. POPPI. — L'O. ha osservato nello spazio di un anno quattordici casi di nevrassite acuta a eziologia ignota. Questi casi si possono distinguere in due gruppi:

1) forme prevalentemente poliotrope (tipo poliomelite);

2) forme prevalentemente leucotrope (tipo sclerosi a placche).

Il decorso è piuttosto acuto e l'esito più frequente, la guarigione completa o con difetto e qualche volta la morte. La prognosi dipende dalla localizzazione e dalla estensione del processo.

Il presentarsi di queste forme è stato notato in coincidenza di casi freschi di encefalite letargica.

La relazione di Sachs-Witebsky sul liquido cefalo-rachidiano.

Dott. RENZETTI. — L'O. espone i propri risultati ottenuti applicando la citochol su cento liquor. L'uniformità della risposta avuta è stata assoluta con quella data dalla reazione di Wassermann e con altre reaz. di flocculazione celloidale. L'O. riferisce alcune modificazioni apportate alla tecnica della citochol; la reaz. può farsi anche su liquor non scompletato: i risultati non perdono della loro specificità; anzi acquistano in sensibilità.

Dott. SANNICANDRO. — *Polipeptinemia e gravidanza.*

Seduta del 27 gennaio 1933.

Presidente: Prof. P. GAIFAMI.

Contributo alla conoscenza delle dissenterie miste (la "coli amebo blastocistosi").

Prof. G. SANGIORGI. — L'O., in base alla sua lunga esperienza personale, afferma che fra le turbe intestinali a carattere dissenteriforme occorrenti nell'uomo, siano da discrimanarsi quelle sostenute dall'Ent. coli e dalla Blastocystis hominis con un binomio eziologico per il quale propone il nome di « Coliamebo-blastocistosi ». Aggiunge che oggimai il vecchio concetto di viventi banali sia per l'Ent. coli che per la Blastocystis hominis è da respingersi, mentre l'esperienza dice che l'assommarsi delle azioni patogene dell'Entameba con quelle del miceto (quest'ultimo agisce probabilmente come attivatore della prima) nel caso della loro simultanea presenza nell'intestino umano può portare a vere sindromi dissenteriche, resistenti al trattamento, recidivanti, facilmente scambiabili con altre forme ad eziologia più quotata e discriminabili solo all'esame microscopico.

Prof. G. SANGIORGI. — *Il gruppo brucellare nei terreni al tellurito.*

Dott. S. LIDDO — *La « Blastocystis hominis » nel tubo digerente delle mosche e nell'ambiente.*

Dott. S. LIDDO. — *Decistamento delle amebe nel tubo digerente delle mosche.*

Tricomonidi nell'uretra maschile.

Dott. R. AMOIA. — L'O. segnala il reperto interessante della non comune localizzazione nell'uretra maschile del Tric. vaginalis, reperto che nella letteratura è preceduto da appena quattro casi. È ancora prematuro affermare se il Tric. vaginalis, ritenuto dai più come patogeno nella sua sede naturale di parassitismo (vagina), lo sia altrettanto quando trasmigrando e pel tramite del coito passi rispettivamente nell'uretra femminile e maschile.

La durata dell'immunità nei colpiti da vaiuolo.

Dott. R. ATTIMONELLI. — L'O. ha sottoposto a vaccinazione jenneriana 94 soggetti colpiti da vaiuolo nell'epidemia del 1919 ed ha ottenuto nel 20 % formazioni di pustola ombellicata e nel 16 % reazione papulo vescicolare, in tutti gli altri ha notato o formazione di una piccola papula od assenza di qualsiasi reazione. L'O. pone il quesito se tutti i soggetti che hanno presentato reazione vaccinale positiva avevano già perduta prima della vaccinazione l'immunità contro il vaiuolo oppure se il reattivo vaccinale non sia da considerarsi come espressione di allergia cutanea. Imposta pertanto il problema sotto i vari aspetti, accennando a quelle che potrebbero essere le successive ricerche per l'orientamento verso una interpetrazione più precisa del fenomeno.

Sulla diffusione delle brucellosi in Provincia di Bari.

Dott. F. MANGHISI. — L'O. valendosi dei dati di un'inchiesta condotta da Neri negli anni 1926-1928 e di un'inchiesta personale proietta sulla carta la distribuzione geografica nella provincia di Bari, delle brucellosi umane ed animali, distribuzione che appare molto diffusa e così consonante, sia pure nel settore meridionale, da far ribadire anche per queste regioni la consistenza dei fatti acquisiti dall'epidemiologia circa i rapporti delle une con le altre.

Dott. F. MANGHISI. — *Saggi comparativi su metodi italiani per il controllo batteriologico dell'acqua.*

A. ARMENISE. — *Il verde di malachite per colorazione delle spore bacteriche. Apprezzamento istantaneo della reazione Citochol.*

Il Segretario: D. GARGASOLE.

Echi del 38° Congresso di Medicina Interna.

A maggior chiarimento di quanto il prof. A. Luzzatto ebbe a dire sulla Relazione delle Epatiti, il riassunto pubblicato nel n. 49 (1932), Sez. Pratica, pag. 1919, 1ª colonna, va così modificato:

Data la scarsezza dei mezzi clinici e di laboratorio atti a differenziare un versamento peritoneale con specifico spirochetico in soggetto sifilitico da un versamento per vero e proprio processo luetico, differenziazione per la quale la semplice R. W. sul liquido peritoneale risulta insufficiente, perchè quasi sempre positiva in entrambi i casi, l'A. richiama l'attenzione sul metodo consistente nel praticare detta reazione su diluizioni successive di liquido; perchè nel caso di un versamento non spirochetico in soggetto sifilitico, la R. W. risulta positiva soltanto nella prima o nelle primissime provette; nel caso di versamento per processo luetico, la positività si mantiene anche a diluizioni più elevate. A. P.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Emocromatosi e porpora.

Da quando Troisier (1871) ha descritto il diabete mellito con modificazioni della pigmentazione sono stati descritti circa 175 casi di emocromatosi. Fra i 153 casi studiati completamente nel 9 % dei casi c'era porpora e nel 6 % dei casi emorragie non cutanee.

Due casi osservarono R. P. Stetson e H. W. Ferris (*Arch. of Intern. Medic.*, agosto 1932) che ne riferiscono ampiamente. Dal punto di vista anatomico i due casi differiscono da quelli noti solo per la minima pigmentazione cutanea, mentre in tutti e due il pigmento di emosiderina era diffuso ampiamente negli organi interni. Il pancreas in tutt'e due i casi era fibroso, ma non c'era ialinizzazione delle isole di Langerhans. Il diabete non era grave in nessuno dei due casi. In tutt'e due i casi ci erano manifestazioni cutanee e mucose di scorbuto e in un caso questi sintomi scomparvero con un trattamento antiscorbutico. In un caso fu isolato dal sangue, dopo la morte, uno streptococco emolitico e nell'altro caso fu isolato dal fegato il b. sporogeno.

La cirrosi pigmentaria del fegato è un fattore importante per lo sviluppo della porpora. Però nei due casi descritti dagli AA. c'erano deficienze alimentari che forse hanno provocato le lesioni epatiche attraverso il mancato assorbimento di sostanze protettrici dei vasi sanguigni che probabilmente sono dovute alle vitamine. R. LUSENA.

Sindrome di Lichteim.

Non è raro che lesioni nervose, in particolar modo di tipo degenerativo, si associno a malattie del sangue. Ma sono rari invece i casi di vera sindrome di Lichteim, in cui alla lesione nervosa si associa anemia di tipo ipercromico.

Introzzi (*Haematologica*, 1932, f. III) ne illustra un caso con alta competenza. Egli nota fra l'altro, che quasi con costanza la comparsa di segni netti di lesione nervosa, si accompagna a quelli di aggravamento dell'anemia, qualunque ne siano le cause, dalla sospensione inopportuna della terapia, al sopravvenire di una infezione intercorrente.

Interessante anche dal punto di vista pratico, è il problema dell'infuenza della epatoterapia sulla sindrome nervosa, problema in parte già trattato dall'A. (*Haematologica*, 1931). Nel caso descritto, ricomparsi ed accentuatisi, dopo una breve remissione, i disturbi nervosi, la terapia epatica non ebbe effetto, nè su questi, nè sulle manifestazioni anemiche. La sintomatologia nervosa anzi, ricomparve proprio a cura epatica inoltrata, e nulla valse ad arrestarne il rapido progredire.

L'esame del liquor cefalorachidiano, nel periodo delle manifestazioni nervose, non ha permesso di constatare, come risulta dalla letteratura essere abituale, modificazioni notevoli. Solo la glicorachia è stata riscontrata un po' alta.

Circa il tipo della lesione nervosa, l'A. classifica il caso studiato come forma mista, posterolaterale di sindrome di Lichteim, perchè ai segni di lesione dei cordoni posteriori, si associavano quelli di lesione dei laterali.

M. COPPO.

Terapia della porpora emorragica.

H. W. Jones e L. Tocantins (*Il A.M.A.*, 14 gennaio 1933) tendono a considerare questa forma morbosa come una malattia costituzionale, in cui però lo stadio acuto è scatenato da una sostanza tossica o tossinica che va a ledere le pareti dei capillari. Bisogna prendere in considerazione la possibilità della guarigione spontanea, e tener presente che la trasfusione ha in molti casi un'azione quasi specifica.

Per apprezzare gli effetti della trasfusione è necessario misurare molto spesso il tempo di emorragia (il numero di piastrine non ha grande importanza). Le trasfusioni dovranno essere di piccole quantità e frequenti: con esse si riesce molto spesso ad abbreviare il tempo di emorragia e quindi a ritardare i fenomeni emorragici. Si consiglierà una vita all'aperto (o irradiazioni ultraviolette), una dieta ricca di proteine e di vitamine, e si prescriveranno preparati di ferro.

Soltanto quando i fenomeni emorragici fattisi minacciosi, non permetteranno di proseguire la cura medica, si ricorrerà, previa trasfusione, alla splenectomia o meglio alla legatura della arteria splenica.

E. CARLINFANTI.

Il trattamento della porpora con trombopenia (morbo di Werlhof).

Hippe e Kochmann (*Jahrbuch d. Kinderheilk.*, vol. 136, n. 5-6) hanno trovato molto giovamento con la röntgenterapia della milza; si ottiene un rapido e notevole aumento delle piastrine nel sangue circolante. Nei casi che talvolta si hanno molto gravi, specialmente con forti epistassi, nessuna altra terapia risulta efficace. Invece l'applicazione dei raggi X alla milza assicura rapidamente l'emostasi e dà il rapido aumento dei tromborciti.

L'irradiazione si fa alla distanza di 30 cm., con un filtro di rame da mm. 0,5 ed uno di alluminio da 1 mm.; 110-180 R.

fil.

Il trattamento dell'anemia perniciosa con estratto epatico iniettabile.

Da quando si introdusse nel trattamento dell'anemia perniciosa, l'epatoterapia, molti tentativi sono stati fatti allo scopo di ottenere un preparato di fegato iniettabile. Il prof. Gänsslen di Tubinga è riuscito ad ottenerne uno — il Campolon — che è molto usato in Germania.

Murray-Lyon (*Edimburg Médical Journal*, maggio 1932), ha trattato con questo prodotto (fiale da 2 cc., iniezioni giornaliere) tre casi gravi di anemia perniciosa, un caso di sprue, ed un caso di anemia associata a diatesi emorragica.

Nei tre casi di anemia perniciosa ottenne uno spiccato miglioramento con corrispondente risposta reticolocitaria (massimi di 17,5 - 18 - 25 %).

I risultati ottenuti negli altri due casi, uno di sprue con quadro ematologico del tutto eguale al quadro dell'anemia perniciosa, e con acloridria, pure essendo buoni, non eguagliarono quelli ottenuti nei casi di anemia perniciosa; infatti mancò una netta crisi reticolocitaria.

Il Campolon fu sempre bene tollerato, le iniezioni intramuscolari non produssero mai nè reazione locale nè generale. CORELLI.

Un raro caso di granuloma maligno.

Il granuloma maligno, per quanto accuratamente studiato, è tuttora oggetto di appassionato dibattito, oltre che per la sua etiologia, non ancora definita, anche per la sua sintomatologia quanto mai multiforme e di interpretazione non sempre agevole, senza l'esame istologico di una ghiandola lesa.

V. De Bernardinis (*Giornale di Medicina Militare*, agosto 1932) ne dà la prova illustrando un caso da lui osservato nell'Ospedale militare di Roma e che per atipia di sintomi e di decorso e per la coesistenza di lesioni di natura sicuramente tubercolare rendeva particolarmente arduo il giudizio diagnostico.

Mentre l'esame clinico e radiologico: pleurite a sedimento linfocitico, i caratteri delle adenopatie ilari e perilari, la mancanza di febbre ondulante, di eosinofilia, di prurito cutaneo, di tumore splenico ed il risultato della cutireazione fortemente positiva, poteva rendere sostenibile l'ipotesi della natura tubercolare delle tumefazioni ghiandolari che si osservavano alla regione ascellare e sottoclaveare destra, d'altra parte i caratteri di esse, la spostabilità, l'integrità della cute soprastante, il decorso abbastanza rapido, la grave compromissione dello stato generale facevano orientare il giudizio diagnostico verso il granuloma maligno e il linfosarcoma. Qui l'A. con squisito acume diagnostico e discriminativo, derivante da lungo tirocinio e perfetta conoscenza delle sindromi in esame, procede ad un'accurata valutazione dei fatti osservati ed esclude la linfosarcomatosi specialmente per il carattere dei linfomi non confluenti e spostabili e per la presenza di ulcerazioni circoscritte, ad evoluzione lenta sulla regione condrosternale destra, ove secondariamente s'era diffusa la lesione. Sia per esclusione che per la valutazione obiettiva dei linfomi orienta quindi il giudizio diagnostico verso il granuloma maligno, pur ammettendo la coesistenza di lesioni di natura tubercolare. Tale giudizio trova conferma non discutibile nel risultato dell'esame istologico di una ghiandola ascellare asportata e che dimostra la presenza di cellule giganti di Sternberg, caratteristiche del m. di Hodgkin. La mancanza di sintomi caratteristici, la coesistenza di lesioni sicuramente di natura tubercolare, la presenza di particolari lesioni linfatiche alla regione condrocostale destra dimostrano a sufficienza l'importanza e la eccezionalità del caso con grande perspicacia e chiarezza illustrato dall'A.

Una breve e chiara disamina delle teorie che tuttora si contendono l'etiologia del granuloma maligno ed un'accurata esposizione delle lesioni istologiche che in esso si riscontrano inquadrano e completano lo studio dell'ammalato, oggetto dell'interessante lavoro.

R. D'ALESSANDRO.

SEMEIOTICA.

La differenziazione delle occlusioni vascolari periferiche spastiche dalle organiche in base al comportamento della temperatura della pelle in determinate condizioni ambientali.

Il metodo proposto dagli AA. è basato sul funzionamento dei meccanismi regolatori della temperatura corporea, più precisamente sul comportamento della temperatura cutanea in un ambiente molto riscaldato.

F. A. Coller e W. G. Maddock (*Ann. of Surgery*, ott. 1932) ha dapprima preso in esame dei soggetti normali, in essi ottennero temperature cutanee uniformemente alte intorno a 33°, livello normale di vasodilatazione, quale è stato anche dimostrato da altri ricercatori colla paralisi del simpatico, quale si può produrre con una anestesia locale o regionale. Hanno anche potuto provare come le estremità abbiano una parte importante, regolando con fenomeni di vaso costrizione o dilatazione la dispersione del calore a seconda della temperatura dell'ambiente.

In soggetti con lesioni organiche vascolari periferiche il livello di vasodilatazione normale non veniva raggiunto. In 29 casi su 30 studiati, la prova si è dimostrata esatta, e in accordo con le altre prove funzionali già note. Dopo simpatectomia il comportamento del-

la temperatura cutanea è normale nelle forme spastiche.

L'esame è molto semplice e non necessitano strumenti speciali, ma solo un termometro elettrico.

M. ASCOLI.

MEDICINA SCIENTIFICA.

La superinfezione tubercolare sperimentale.

È apparsa sugli *Annales de l'Institut Pasteur* (gennaio 1933), una importante memoria di A. Boquet sul meccanismo della infezione tubercolare sperimentale. L'A. ha studiato i diversi aspetti della superinfezione tubercolare di animali già tubercolosi, aspetti che variano secondo il periodo di tempo trascorso dalla prima infezione, secondo la natura dei tessuti superinfetti, e secondo la dose di germi reinoculata.

Partendo da numerose osservazioni sperimentali il Boquet giunge a conclusioni di grande interesse sulle modalità di reazione dell'organismo superinfetto.

Nella cavia l'ipersensibilità e l'immunità sono facilmente dissociabili in tutta la prima fase della tubercolosi sperimentale. L'ipersensibilità raggiunge rapidamente la sua massima intensità mentre l'immunità progredisce lentamente: a poco a poco le lesioni di reinoculazione tendono a regredire sempre più rapidamente, dando meno risentimento dei gangli regionali, finchè reazioni allergiche e reazioni immunitarie si confondono in una lesione precoce, caratterizzata da necrosi e da guarigione spontanea, che corrisponde ad un fenomeno di Koch (reazione papulo-necrotica che segue alla inoculazione intradermica di bacilli morti in animali tubercolosi).

Queste reazioni che si producono nel luogo della superinfezione intradermica o sottocutanea hanno l'effetto non soltanto di ostacolare la disseminazione nell'organismo dei germi reinoculati, ma anche di distruggerli in un periodo di tempo che è in rapporto inverso con quello trascorso dalla prima infezione. Questi fenomeni immunitari che consistono nel bloccaggio dei germi virulenti e nella limitazione del loro campo di azione, sembrano essere il risultato non dell'intervento diretto di anticorpi umorali, ma della messa in giuoco progressiva di tutti gli elementi fagocitari, le cui proprietà fisiologiche vengono gradualmente modificate dall'infezione.

Tali modificazioni funzionali delle cellule fagocitarie possono accompagnarsi ad un aumento delle loro proprietà litiche; ma per importante che sia, il processo di batteriolisi non rappresenta che un aspetto secondario delle reazioni dell'organismo tubercoloso alle superinfezioni.

I diversi tessuti impiegano un tempo diversamente lungo a divenire refrattari al bacillo di Koch: quando il sottocutaneo cessa di reagire alle inoculazioni di prova, la superinfezione testicolare produce ancora una lesione evolutiva che porta alla distruzione completa dell'organo per sclerosi e caseificazione.

Ciò dimostra che se la immunità conferita dalla infezione tubercolare è legata all'intervento di monociti di origine sanguigna e di elementi fagocitari dei tessuti, essa dipende non meno strettamente dall'organizzazione istologica degli organi interessati.

Questa constatazione del resto corrisponde perfettamente a ciò che si osserva nella infezione umana, dove la evoluzione delle lesioni metastatiche dipende non soltanto dalla resistenza dell'organismo, ma anche dalla loro sede.

E. CARLINFANTI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. B. M., abb. n. 7779:

Vedi *Trattato italiano di Radiologia* e inoltre la relazione di Nuvoli al Congresso di Torino, 1930; e il libro di Laschi (edito dal Cappelli) in 2 volumi: *La radiologia in otorinolangoiatria.*

E. MILANI.

VARIA.

Riduzione del prezzo del radium.

I perfezionamenti tecnici di estrazione del radium hanno già portato una riduzione marcata nel prezzo di questo metallo; si prevede ora che una riduzione ulteriore notevole verrà determinata dalla recente scoperta di nuovi giacimenti radiferi nella regione dei laghi dei Grandi Orsi al Canadà.

Le spese di lavorazione sono venute riducendosi alla metà; il tempo di lavorazione si è ridotto da 3 mesi a 6 settimane; la quantità di pecblenda da cui si ricava un grammo di radium si è pure abbassata, poichè il minerale viene ora sfruttato meglio: con i procedimenti del Katanga, bastano 10 tonnellate di minerale per ottenere 1 grammo di radium, mentre un tempo se ne richiedevano 40 tonnellate. La « Gold-Mine » di Port-Hope (Ontario) applicherà gli stessi procedimenti al minerale canadese.

Nel 1926 un grammo di radium costava 2 milioni e mezzo di lire; ora il prezzo si è abbassato ad 1 milione e si ridurrà ancora. La produzione attuale di radium in un anno — sommando i quantitativi forniti da: Congo, Stati Uniti, Czecoslovacchia, Madagascar, Russia, Portogallo, Australia e Inghilterra — è di 1 chilogrammo (del valore di un miliardo di lire); mentre nel 1914 era stata di appena g. 22,4; nel 1921 di g. 35,7; nel 1922 si fece un salto, a 205,9 g. (di cui 153,9 estratti in America e 22,5 in Czecoslovacchia); fu allora che cominciò lo sfruttamento delle miniere del Congo (Katanga), che determinò un deciso incremento di produzione.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

CONTROVERSIE GIURIDICHE

II. - Licenziamento per fine del periodo di prova dell'ufficiale sanitario e del medico condotto.

Scaduto il biennio di prova, il Prefetto può confermare stabilmente o licenziare l'ufficiale sanitario: ma il suo provvedimento deve essere motivato.

Il Consiglio di Stato, sez. Vª, con decisione 29 luglio 1932 n. 482, ha considerato che la motivazione deve essere congrua e sufficiente, tale cioè da corrispondere allo scopo di giustificazione del provvedimento e da rendere possibile il controllo giurisdizionale di legittimità. La motivazione è inefficace anche se ne risulti contradizione tra premesse e conseguenze o se affermi fatti non provati e non vagliati, che possano offendere l'onorabilità del funzionario.

L'ufficiale sanitario è protetto. L'art. 28 del testo unico delle Leggi sanitarie obbliga ad un regolare procedimento istruttorio e alla motivazione, la quale è generalmente discreta garanzia contro gli abusi.

Diversa è la condizione dei medici condotti. Almeno due mesi prima del termine (biennio) possono essere licenziati senza obbligo di motivazione. La giurisprudenza interpetra così eccessivamente la discrezionalità dell'atto, che quasi esclude, almeno in fatto, la sindacabilità della *causa* non espressa, ma con altri mezzi dimostrata. Questo è un problema molto grave, il quale deve essere risoluto nell'interesse dell'ordinamento sanitario e della tranquillità dei medici condotti. Superate le difficoltà del concorso, deliberata la nomina, si costituisce una situazione di impiego, alla quale sono connessi tanti interessi personali e di famiglia.

Generalmente, il medico condotto rinuncia ad altro impiego, per migliorare la condizione; sposta la sua famiglia, si forma una nuova base. Dopo circa due anni, basta la volontà di un uomo, per annientare questa situazione, con gravissimo danno.

Questa volontà può agire senza motivi: può essere anche arbitraria; può risultare da erronei apprezzamenti o peggio. Il medico condotto non è, insomma, garantito e protetto contro le umane passioni e non infrequenti deviazioni.

Un freno è necessario; il controllo deve essere praticamente assicurato. Il rimedio è la *motivazione* dell'atto. La legge del 1904 non la prescrisse, perchè sembrò che convenisse affidare alla prudente discrezione dei Consigli comunali la valutazione della prova e fosse preferibile evitare il pregiudizio di una motivazione generalmente dannosa alla carriera o nei futuri concorsi.

Ma l'esperienza è stata negativa, specialmente quando sono mancati altri controlli.

Se il Prefetto è obbligato a motivare la dimissione dell'ufficiale sanitario, per maggiore ragione questa garanzia è necessaria quando debba provvedere il Podestà: questa osservazione è intuitiva; basta considerare la diversa posizione dei due organi.

Frattanto, però, è da augurare un temperamento del rigore della giurisprudenza. Il licenziamento presuppone che il risultato della prova sia negativo: questa è la *causa* dell'atto. Se risulti e sia dimostrato, con qualunque mezzo idoneo, che il Podestà ha agito senza causa o per causa falsa (in senso giuridico, si intende) il provvedimento è illegittimo. Astrattamente è così e non se ne discute. Ma le difficoltà sono pratiche e dipendono dai mezzi di prova. Se si ritenga che il vizio causale debba risultare dall'atto stesso, si rende possibile qualsiasi deviazione, perchè non vi sono uomini tanto ingenui che confessino la mala volontà. In qualche caso è stato ammesso che sia illegittimo l'atto se contraddice a precedenti e recenti attestazioni della stessa autorità: ma attestazioni amministrative e non semplici dichiarazioni. È troppo poco. Perchè negare, in genere, la idoneità di altrui mezzi di prova del vizio causale?

Recentemente è stato esaminato questo caso: un medico condotto aveva prestato servizio lodevole, tale almeno riconosciuto dopo un anno; fu fatta una inchiesta circa il funzionamento della tesoreria, perchè il tesoriere, che era anche negoziante di generi alimentari, usava pagare gli stipendi parzialmente in natura. Il medico condotto fu interrogato e disse ciò che a lui constava. Poco dopo fu licenziato per fine del periodo di prova.

Non soltanto la precedente sia pure non recentissima attestazione confermava l' ottimo risultato della prova, ma concordi e generali dichiarazioni di autorità e di persone responsabili ne facevano esplicito riconoscimento. I rappresentanti del Fascio locale soggiungevano che il licenziamento ingiustificato era stato determinato da quella inchiesta e dal risentimento che ne era derivato.

Il ricorso fu respinto dal Consiglio di Stato, con decisione 28 luglio 1932 n. 488, perchè dalla deliberazione non risultava alcun elemento e il provvedimento discrezionale era insindacabile. Intanto, quel medico condotto ha perduto l'impiego, pur avendo fatto il suo dovere ed essendo gradito a tutta la popolazione.

Si pensi al danno che ha risentito quella famiglia, alle difficoltà di trovare altro posto di lavoro.

Tutti gli atti amministrativi dovrebbero essere motivati; e, in genere, la motivazione è prescritta. Non vi è ragione che permanga una eccezione per i medici condotti, sinchè si ritiene necessario ed utile un periodo di prova, che è molto discutibile, essendo sufficiente il potere di licenziamento per giustificati motivi.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

I problemi della sanità pubblica.

Su relazione dell'on. De Martino, è stato discusso alla Camera dei Deputati il bilancio del Ministero dell'interno. Sono stati esaminati, tra gli altri, vari problemi relativi alla sanità ed all'assistenza pubblica.

L'on. Porro Savoldi osserva che i provvedimenti già approvati dalla Camera, relativi all'O. N. Maternità ed Infanzia (vedi oltre), raggiungono due scopi: la semplificazione e la coordinazione dei servizi e quindi una più larga disponibilità di mezzi assistenziali.

Rileva che i laboratori provinciali d'igiene e di profilassi funzionano egregiamente e ritiene che sarebbe opportuno affidare ad essi anche i servizi di disinfezione in tutti i Comuni della provincia.

L'on. Chiurco, a proposito delle modalità dei concorsi ospedalieri, stima soprattutto necessario che i giovani i quali debbono andare a posti di responsabilità nei primariati, escano da una scuola nella quale abbiano imparato il metodo, la conoscenza del malato e sappiano affrontare gli atti operatori che si presentano quotidianamente ai chirurghi.

Quanto alla conferma da parte dell'amministrazione ospedaliera a due anni dalla nomina, osserva che il primario dovrebbe essere giudicato nella sua capacità tecnica da una Commissione di tecnici, magari presieduti dal direttore dell'Ospedale.

Segnala la necessità di disciplinare meglio la funzione dei medici scolastici e degli ufficiali sanitari.

Vorrebbe che il personale infermiere fosse sempre diplomato ed assicurato contro gl'infortuni.

Affronta poi il problema del cancro e segnala l'opera dei centri anticancerosi di Torino, Bologna, Milano. Il Governo ha fatto molto; ma bisogna aumentare le dotazioni di radium e stimolare le amministrazioni ospedaliere e i centri universitari a creare nuovi centri per la diagnosi e la cura; importa di armonizzare l'opera del clinico chirurgo e quella del radiologo. Raccomanda una maggiore raccolta di dati statistici. Riconosce che la Direzione generale di Sanità prodiga il suo aiuto a quanti intendono dedicarsi seriamente allo studio di tali importanti problemi. Richiama l'attenzione su di una statistica pubblicata in Francia circa la minor diffusione del cancro nelle zone vinicole. L'ufficio internazionale del vino si è affrettato, in seguito a ciò, a fare una grande propaganda consigliando a bere il vino, come se questo fosse un antidoto contro il cancro. Termina riaffermando l'importanza dello studio dei mezzi più adatti per la lotta contro il terribile morbo.

L'on. Castellino constata come la saldezza e l'efficienza della nostra organizzazione sanitaria siano dimostrate dalla diminuzione progressiva della mortalità per malattie infettive. Nota che la malaria è il triste retaggio delle campagne incolte e la tubercolosi quello delle città viziate. Rileva che il Regime ha assunto, quale mèta propria, la bonifica integrale. Ma ogni opera di bonifica porta con sè, fatalmente, un'iniziale recrudescenza di malaria, perchè addensandosi le schiere dei lavoratori nelle località da risanare, maggiore è il numero degli esposti ad infezione. Svantaggio temporaneo, che la conquistata salubrità di terre prima abbandonate, ricompenserà ben presto; ma impone frattanto lo studio e l'attuazione di un servizio antimalarico che sia adeguato alle nuove esigenze. La cifra stanziata in bilancio, 2.600.000 lire, appare esigua, anche se riferita al bilancio totale della Sanità, che è modesto, di 34.560.000 lire. Oltre a questo problema di carattere strettamente profilattico e curativo, un altro si presenta e cioè quello dell'indennizzo dei colpiti. L'oratore crede che una soluzione possa trovarsi nel definire la malaria quale « malattia da infortunio ». L'indennizzo deve assumere la forma di cura obbligatoria e gratuita dei colpiti.

Trattando dell'Opera Nazionale M. e I., rileva che le modifiche testè approvate portano a semplificare, rendere più economici e più efficienti i servizi. Grande cura dovrà essere rivolta alla prima infanzia. Per educare i bambini alla vita rurale, vorrebbe che gl'Istituti privati fossero obbligati a portarsi in campagna. Raccomanda che nella distribuzione dei fondi siano preferite le provincie più prolifiche e moralmente più sane, ove minore è la proporzione degli illegittimi.

Gli on. Marghinotti e Maggi elogiano la recentissima riforma dell'O. N. M. I.

L'on. Bonaccini si occupa dell'igiene degli abitati. Le malattie infettive sono alimentate dalle condizioni malsane degli alloggi. Se si vuole dare sviluppo all'incremento demografico, è necessario fornire ai rurali case coloniche sane. Il Governo potrebbe anche obbligare i proprietari a provvedere al restauro delle case esistenti, in conformità ai regolamenti di igiene.

L'on. Rocca tratta dello sport in rapporto alla salute del popolo: occorre potenziare sempre più l'educazione fisica, per l'irrobustimento della razza.

* * *

Il sottosegretario di Stato on. Arpinati, in un documentato ed efficace discorso, ha preso in esame molti e vitali argomenti.

Per ciò che riguarda la difesa della salute pubblica, l'oratore si riferisce anzitutto alla malaria. È lieto di poter annunciare all'on. Castellino che proprio in mattinata il Consiglio dei Ministri ha approvato un disegno di legge che coordina le disposizioni preesistenti per la lotta contro la malaria e definisce una volta per sempre quando la malaria può e deve essere considerata infortunio e quando no.

Nella mortalità da malaria, in questi ultimi anni, si è dovuto lamentare una certa recrudescenza. Ciò è però dipeso soltanto dall'affluenza di masse cospicue di lavoratori verso le terre già abbandonate dalla vita e che il Regime intende e vuole redimere nel tempo più breve e nel modo migliore: nel solo Agro Pontino si sono succeduti 60.000 operai.

Del resto, se la cifra assoluta dei colpiti da malaria è aumentata, la percentuale rispetto alla popolazione si è notevolmente ridotta, la qual cosa sta a dimostrare che l'opera risanatrice intrapresa dal Regime non solo non ha perduto terreno, ma ne ha anzi guadagnato. Nel centro dell'Agro Pontino, che pareva già dominio della morte, sorge

oggi, fra la ammirazione del mondo, il nuovo comune di Littoria.

Le condizioni sanitarie in genere sono sensibilmente migliorate. Nessuna manifestazione delle tipiche malattie epidemiche si è avuta a lamentare.

All'on. Chiurco, che ha illustrato quanto il Regime ha già fatto e disposto per condurre a fondo la battaglia contro il cancro, assicura che la quantità di radium disponibile in Italia è già di 9 grammi.

La lotta contro la tubercolosi continua con sempre crescente intensità. I decessi per tubercolosi nel Regno, da cinquantamila, che erano nel 1929, sono discesi a quarantacinquemila.

Una vecchia questione sui metodi di lotta contro la tubercolosi riaffiora proprio in questi giorni: è bene insistere nelle costruzioni di sanitari per ammalati già condannati, o non sarebbe megio destinare i mezzi a provvidenze di carattere profilattico, quali il risanamento edilizio e la difesa dell'infanzia?

Ma l'esperienza insegna che non si possono considerare condannati senza rimedio i colpiti dal male. Molti di essi infatti sono stati restituiti guariti alle loro famiglie.

D'altra parte ben maggiori spese si dovrebbero affrontare per demolire le vecchie abitazioni malsane, costruirne delle nuove, difendere i sani dai pericolosi contatti quotidiani con gli infermi.

Nè meno grave è l'aspetto psicologico e morale della questione, in relazione alle complicazioni, sempre penose, spesso insuperabili, di ordine familiare e sentimentale, che si apporrebbero all'allontanamento dei fanciulli sani dalle case funestate dal male.

Si ponga mente, poi, che se fossero sufficienti una casa piena di aria e di luce ed una buona alimentazione per scongiurare questo male, non vedremmo tanti infelici delle classi agiate cercare rifugio nelle famose stazioni di cura.

L'O. richiama alcuni dati prospettatigli dall'on. Morelli.

Vero è che non si può seguire un criterio unilaterale, perchè si tratta di un problema di distribuzione di mezzi e di forze, che il Regime ha già felicemente risolto mediante le organizzazioni appositamente create e che si migliorano ogni anno nei mezzi e nell'attrezzatura.

Il Partito Nazionale Fascista, la Croce Rossa, l'Opera nazionale maternità e infanzia, quelle degli Invalidi e degli Orfani di guerra, creano ogni giorno, in armonia fra di loro e sotto la guida appassionata e autorevole della Direzione generale di sanità, una barriera sempre più solida contro l'avanzata del male.

L'esecuzione del programma che fu tracciato al momento della promulgazione della legge, si svolge così con ritmo assai più rapido, di quanto fu previsto.

Circa l'Opera Maternità e Infanzia, ricorda i due disegni di legge che la Camera ha approvato. L'attribuzione della presidenza delle Federazioni provinciali e dei Patronati comunali rispettivamente ai presidi della Provincia e ai Podestà, dice lo spirito unitario che ha animato la riforma. I camerati Marghinotti e Maggi hanno opportunamente messo in luce questo aspetto di essa. Non crede che alle Provincie possa venirne sensibile aggravio; è invece convinto che le spese generali potranno essere di molto diminuite e, corrispondentemente, aumentata l'assistenza.

Il camerata Castellino vorrebbe ruralizzare l'Opera Maternità e Infanzia, e a questo fine spostare dalla città alla campagna gli istituti di ricovero. Ritiene che, per compiere la sua funzione altamente sociale, l'Opera debba unicamente sostituirsi ai genitori ed avviare quei fanciulli ai lavori dell'agricoltura o dell'industria non appena abbiano raggiunto l'età stabilita dalla legge. In questo senso concorda pienamente col camerata Castellino.

Fra le varie attività a carattere profilattico deve essere annoverato anche lo sport, al quale il Regime ha dato un impulso decisivo.

A proposito di Opere Pie e di Istituti di assistenza, fa presente a coloro che spesso parlano di concentramenti o di fusioni, quanto è avvenuto nel 1932, non dissimile in questo, dagli anni precedenti. I lasciti e le elargizioni alle Opere Pie di carattere locale hanno raggiunto la cifra di 112 milioni mentre ai brefotrofi, che pure hanno fini così commoventi di umana pietà, ma sono provinciali, sono affluite poco più di 20 mila lire.

All'Opera Nazionale per la Maternità e Infanzia la spontanea carità dei privati ha dato poco più di 200 mila lire. Questi squilibri si spiegano in quanto la carità è un fatto sentimentale e perciò personale; e poichè ogni benefattore sa che egli non potrà mai alleviare tutte le miserie del mondo e neppure gran parte di esse, pensa alle più vicine, di modo che la carità si attenua, anzi si inaridisce, quanto più il suo campo si estende ed estendendosi, si allontana da colui che dà.

Ha creduto opportuno richiamare l'attenzione sopra questi dati di fatto per riconfermare quella che è la manifesta, decisa e più volte proclamata volontà del Governo, di non procedere in questo campo ad accentramenti o fusioni di nessun genere, che è poi il modo onesto e doveroso di rispettare la sacra volontà dei testatori, che nessuno ha il diritto di violare o soltanto di deformare.

L'O. ha preso largamente in esame anche la situazione demografica e il problema della salute morale del popolo.

Ha chiuso inneggiando ad una Patria più grande e più felice.

Per la maternità e l'infanzia.

La Camera dei Deputati ha discusso due disegni di legge concernenti modificazioni alle vigenti norme sull'ordinamento del servizio d'assistenza ai fanciulli illegittimi abbandonati od esposti all'abbandono e l'aggiornamento e il perfezionamento della legge sull'Opera Naz. Maternità e Infanzia. Hanno parlato gli on. Marghinotti, Maggi, Capri Cruciani, il relatore Leicht e il sottosegretario Arpinati, dopo di che i due disegni di legge furono approvati.

Provvedimenti per i dentisti.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato un disegno di legge recante norme per la sistemazione giuridica di alcune categorie di dentisti pratici

Il provvedimento, giusta una recente promessa fatta dal Governo Fascista alla Camera dei Deputati, reca norme transitorie che, pure senza ledere i principii informatori dell'ordinamento legislativo sulla odontoiatria, consentono la revisione di alcuni casi particolari, apparsi meritevoli di riguardo per un doveroso senso di equità.

Provvedimenti relativi alla malaria.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato un progetto di legge per il coordinamento e la integrazione delle norme dirette a diminuire le cause della malaria. Ce ne occuperemo nel prossimo numero.

Per le assicurazioni contro gl'infortuni sul lavoro.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di provvedimento per l'unificazione degli Istituti d'assicurazione obbligatoria contro gl'infortuni degli operai sul lavoro; uno schema di provvedimento per il coordinamento degli organi amministrativi della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali; uno schema di decreto riguardante le procure per gl'infortunati sul lavoro. Ne daremo ulteriori notizie nel prossimo numero.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACI S. ANTONIO (*Catania*). — Scad. 31 mag.; L. 8000 e 4 quinquenni dec.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

AGRIGENTO. *Ospedale Psichiatrico Provinciale.* — Scad. 19 apr.; direttore; L. 18.000 e 4 quadrienni di L. 1500, vitto, alloggio; quadriennio di servizio in manicomio o cliniche psichiatriche.

AGRIGENTO. — Per titoli ed esami. Posto di Ufficiale Sanitario, stipendio annuo L. 10.000 e 4 aumenti quadriennali del decimo, al lordo delle ritenute di legge e di quella del 12 %; documenti di rito in competente bollo e legalizzati. Tassa di ammissione L. 50. Limite massimo di età anni 45 salvo eccezioni di legge. Popolazione: 28.677 abitanti. Estensione territoriale 60.000 ettari. Scadenza 30 aprile 1933-XI. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Comune oppure alla R. Prefettura di Agrigento.

ANCONA. *Ospedale Psichiatrico.* — Scad. 15 apr.; medico di Sezione; L. 10.000 e 5 quadrienni dec. oltre L. 1700 serv. att.; riduz. 12 %; alloggio personale, illum., riscald.; vitto nei giorni di guardia; età lim. 35 a.

ARAGONA (*Agrigento*). — Posto di Ufficiale Sanitario, per titoli ed esami. Scadenza ore diciotto del 30 aprile 1933. Stipendio annuo L. 7.000 lorde e numero quattro aumenti quadriennali. Età massima anni 45 salvo eccezioni di legge. Assunzione servizio entro 30 giorni partecipazione di nomina. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria comunale.

BASÉLICE (*Benevento*). — Scad. 20 apr., L. 9500 e 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.

BENEVENTO. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Posto di Assistente della Sezione Medico-Micrografica e posto di Assistente della Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi, scadenza ore dodici del 22 giugno 1933-XI. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Generale dell'Amministrazione Provinciale di Benevento.

BIVONA (*Agrigento*). — Per titoli ed esami, posto di Ufficiale Sanitario del Comune. Stipendio iniziale L. 7000 al lordo delle trattenute di legge e della riduzione del 12 %. Detto stipendio è suscettibile di quattro aumenti quadriennali di un decimo. Età massima anni 45 salvo eccezioni di legge. La domanda in carta legale di L. 3 con la ricevuta della tassa versata di L. 50, dovrà pervenire alla R. Prefettura di Agrigento non oltre le ore diciotto del 30 aprile 1933, accompagnata dai prescritti documenti, l'elenco dei quali con le altre modalità, possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla predetta R. Prefettura.

BOLZANO. *R. Prefettura.* — Scad. 30 apr., ore 18; uff. san. del capoluogo; L. 15.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2000 serv. att.; titoli ed esami; doc. a 3 mesi da 27 feb.; età lim. 45 a. Chied. annunzio.

BORONE (*Nuoro*). — Scad. 20 mag.; per due frazioni; L. 9500 oltre c.-v. L. 840; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

CALTANISSETTA. *Ospedale Vitt. Em. III.* — Scad. 31 mag.; concorso per titoli ed esami al posto di medico di sezione (col titolo di medici assistenti); assegno L. 3564; età lim. 35 a.; tassa L. 25. Rivolgersi Congregaz. di Carità.

CARPINETO NORA (*Pescara*). — Scad. 15 mag.; L. 9000 e 4 quadrienni di L. 500, per uff. san. L. 500; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

CASTELMORRONE (*Napoli*). — Scad. 15 mag.; L. 9500 e 3 quadrienni dec., riduz. 12 %; età lim. 40 a., doc. a 3 mesi.

DARFO (*Brescia*). — Scad. 31 mag., ore 18; per Casino Boario; L. 10.000 e 6 quinquenni dec. oltre c. v.; riduz. 12 %; L. 2000 per mezzo celere di trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 6 mesi dal 28 feb.

ESCALAPLANO (*Nuoro*). — Scad. 30 apr.; L. 7920 e c.-v. se il titolare è coniugato.

FASANO (*Brindisi*). — Scad. 24 mag.; L. 8000 e 5 quadrienni dec., L. 3000 cavalc.; età lim. 40 a.

LAMPEDUSA E LINOSA (*Agrigento*). — Scad. 5 apr.; L. 8800 al netto 12 %, 4 quadrienni dec., L. 880 provvisorie uff. san., addizionale L. 500 ogni 250 poveri in più di 1000; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

LECCE. *Amministrazione Provinciale.* — Posto di Direttore della Sezione medico-micrografica del Laboratorio provinciale di igiene e profilassi: lire 13.500 con tre aumenti quadriennali di L. 800 ciascuno sino a raggiungere L. 15.900 oltre il supplemento di servizio attivo di annue L. 2800, con un massimo totale di L. 18.700, indennità di caroviveri e compartecipazione utili. Ritenute e riduzioni come per legge. Documenti di cui all'art. 8 del R. D. 16 gennaio 1927, n. 155. Vaglia di L. 50,10. Scadenza ore dodici del 16 giugno 1933. Obbligo della residenza fissa nel Capoluogo. Chiarimenti presso la Segreteria Generale.

LECCE. *R. Prefettura.* — Concorsi per titoli ed esami, per 22 posti di Ufficiale Sanitario dei Comuni di Alessano, Carmiano, Galatone, Leverano, Martano, Melissano, Nociglia, Novoli, Parabita, Presicce, Racale, Ruffano, Salice Salentino, San Cesario di Lecce, S. Pietro in Lama, Taurisano, Taviano, Trepuzzi, Tricase, Tuglie, Ugento, Veglie. Scadenza termine presentazione domande alla R. Prefettura di Lecce ore dodici del 30 aprile 1933.

MASSANZAGO (*Padova*). — Scad. 10 apr.; L. 9000 per 1000 iscritti, addizionale L. 5, 5 quadrienni dec., L. 800 trasp., L. 600 se uff. san.; c.-v.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Scad. 15 mag.; 6 assistenti con funzioni di interno; L. 5600 oltre L. 360 serv. att.; età lim. 35 a.; tassa L. 50. Rivolgersi al Consiglio, via Ospedale 5.

MONTECAROTTO (*Ancona*). — Scad. 30 giorni dal 10 marzo; 2ª cond. (rurale); età lim. 40 a. al 10 mar.; doc. a 3 mesi; L. 8500 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v. e L. 1000-2000-3000 trasp.; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

MURUZZANO (*Cuneo*). — Scad. 10 apr.; L. 7000 e 4 quinquenni dec. oltre L. 1500 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.

OSOPPO (*Udine*). — Scad. 20 apr.; L. 8000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 500 serv. att., c.-v., lire 1000 trasp., L. 1000 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

OSTIANO (*Cremona*). — Scad. 15 apr.; L. 11.000 e addizionali L. 2,50 e L. 3 oltre i 1000 e i 2000 pov., uff. san. L. 1000, indennità trasp. da fissarsi, c.-v.; riduz. 12 %.

POGGIO SANNITA (*Benevento*). — Scad. 30 apr.; L. 5450 e 3 quinquenni dec.; indenn. cavalc.; età lim. 45 a.

PONZANO MONFERRATO (*Alessandria*). — Posto di medico condotto. Stipendio L. 7000. Indennità di trasporto L. 500. Indennità di ufficiale sanitario L. 500. Il tutto soggetto alla riduzione del 12 % e alle ritenute di legge. Scadenza 15 maggio 1933. Per altre informazioni rivolgersi alla Segreteria comunale di Ponzano Monferrato.

PRAGELATO (*Torino*). — Scad. 15 mag.; L. 7920 e quinquenni dec., oltre L. 440 alloggio, L. 440 trasp., L. 440 se uff. san.; età lim. 45 a

PRESEGLIE (*Brescia*). — Fino alle ore diciotto del giorno 25 aprile 1933 è aperto il concorso per titoli al posto di medico condotto del comune di Preseglie. Bando e chiarimenti presso la Segreteria Comunale di Preseglie.

RHO (*Milano*). — Posto di Ufficiale Sanitario. Per titoli ed esami. Scadenza 31 maggio 1933. Età massima 45. Stipendio L. 14.000. Cinque aumenti quadriennali. Caroviveri statale. Indennità servizio attivo L. 3000, trasporto 1500 per motocicletta o 3500 per automobile. Compensi secondo tabella. Stipendi e assegni lordi da riduzioni e trattenute di legge. Tassa concorso L. 50. Per chiarimenti rivolgersi Municipio di Rho.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti.* — Scad. 1° apr.; 20 assistenti medico-chirurghi, 2 oto-rino-laringoiatri, 2 radiologi, 4 patologi; età lim. 30 a. al 16 febbr.; tassa L. 50. Rivolgersi Segreteria Generale.

ROVIGO. *Comune.* — Scad. 18 apr., ore 17; IIª condotta rurale; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1900 serv. att., c.-v., addizion. L. 5 oltre i 1000 pov. ma non oltre L. 1000, per trasp. L. 1000-1500-3000; ambulat. L. 500; riduz. 12 %; età lim. 45 a.

SARMEDE (*Treviso*). — Scad. 15 mag., L. 9500 e 5 quinquenni dec., oltre L. 500 uff. san., L. 400 ambulat., L. 2500 motocicletta o L. 3500 automob., addizion. L. 5 oltre il 10 % della popolaz.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; alloggio per L. 700; tassa L. 50.

SULMONA. *Casa Santa dell'Annunziata.* — Concorso assistente medico. Scad. 10 apr.; lim. a. 35; stip. L. 3000, indennità vitto L. 2400; ambedue gli assegni lordi di R. M. e del 12 %, oltre l'alloggio gratuito in Ospedale. Durata della nomina di anni due.

TARANTO. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Scad. 1 apr., ore 12; medico capo reparto del Sanatorio Antitub. di Grottaglie; L. 7200 oltre L. 2400 indenn. vettura; è consentito il libero esercizio; rivolgersi alla Segreteria del Consorzio, presso la Amministr. Prov. - Palazzo degli Uffici.

TICCUGO (*Cremona*). — Scad. 30 apr.; con Cunignano; L. 11.5000 per 1000 poveri; addizionale L. 2,50; se uff. san. L. 2500; ambulat. L. 600; trasp. L. 3520.

TREVISO. *Ospedale Civile « Elena di Savoia ».* — Per titoli. Posto di primario della Divisione Radiologica e Radium-Terapica: assegno annuo lire 7500 lorde, ridotte del 12 %; cinque aumenti quadriennali del 10 %; eventuale indennità caro-viveri; compartecipazione negli utili per cure dozzinanti. Scadenza 20 maggio 1933. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria.

TRIESTE. *Ospedali Comunali.* — Direttore; lire 30.000 oltre L. 600 serv. att. e L. 6000 alloggio. Un biennio di direttore in Ospedale del Regno con almeno 800 letti.

VERCELLI. *Ospedale Maggiore.* — Scad. 20 apr.; chirurgo primario. Rivolgersi segreteria.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Fondazione « Alfonso Wassermann ».

L'Associazione medica Italiana di Idroclimatologia, Talassologia e Terapia fisica bandisce per l'anno 1933 il concorso al premio « Alfonso Wassermann » istituito per un triennio per studi di idrologia, climatologia, talassologia e terapia fisica. Il concorso è aperto fra laureati in medicina e chirurgia italiani, delle Isole Egee e Colonie che illustrino il tema scelto dalla Giunta Esecutiva dell'Associazione, che per il 1933 è: « Influenza del clima sulla fisiopatologia umana, dimostrata da qualche ricerca sperimentale di ordine chimico-fisico ». Il premio è di L. 3000. Norme consuete.

I temi di concorso devono essere fatti pervenire in triplice copia dattilografata entro il 30 maggio 1934 al segretario dell'Associazione prof. Celestino Gozzi, via Pascoli 37, Milano.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Roberto Alessandri, clinico chirurgo di Roma e direttore della Sezione Chirurgica del nostro periodico, è stato nominato socio onorario dell'Accademia di Medicina di New York.

All'illustre Maestro i nostri vivi rallegramenti.

Il ten. gen. medico Luigi Franchi è nominato direttore generale della Sanità militare, al posto del ten. gen. Umberto Riva, raggiunto dagli indeclinabili limiti d'età nel pieno vigore fisico e intellettuale. Al Riva, che per più anni onorò il nostro giornale della sua collaborazione, un affettuoso saluto. Al Franchi un benvenuto cordiale e molti auguri.

Il dott. prof. Pericle Pozzilli, docente di Patologia Medica nella R. Università di Roma, con *motu proprio* di S. M. il Re, è stato nominato commendatore dell'Ordine della Corona d'Italia. All'apprezzato collega, i nostri cordiali rallegramenti.

NOTIZIE DIVERSE.

3° Congresso Internazionale Ospedaliero.

Come abbiamo annunziato, è indetto dall'Associazione Internazionale Ospedaliera a Knocke sur Mer (Belgio) nei giorni 28 giugno-3 luglio. Vi sono invitate tutte le Amministrazioni, Associazioni, Istituzioni e persone che s'interessano alla costruzione, alla gestione, e in modo generale al progresso degli Ospedali.

In seguito alla crisi mondiale, i compiti dell'ospedale moderno sono venuti alla luce con tanta evidenza, che appare sempre più necessario di scambiare le conoscenze acquistate in questo campo e di formulare princìpi generali applicabili in tutti i paesi.

A tale scopo le dieci *Commissioni permanenti di studio*, istituite dall'Associazione Internazionale, presenteranno delle relazioni compilate in base alla esperienza dei tecnici più competenti di tutti i paesi.

Queste relazioni permetteranno al Congresso di formulare non regole schematiche, ma linee direttive, che possono servire dovunque al progresso degli ospedali.

Le dieci Commissioni svolgono la loro attività nei seguenti campi: 1) Costruzione; 2) Arredamento ed installazione tecnica; 3) Amministrazione e gestione; 4) Contabilità; 5) Legislazione e regolamento amministrativo; 6) Cure agli ammalati; 7) Alimentazione; 8) Personale; 9) Statistica e nomenclatura; 10) Relazioni esterne dell'Ospedale.

Le relazioni saranno pubblicate nel numero di aprile del *Nosokomeion*, che è l'organo ufficiale della Associazione Internazionale degli Ospedali (Editore W. Kohlhammer di Stoccarda).

Al Congresso seguirà un *viaggio di studio in Olanda* (4-9 luglio), che comprenderà la visita alle istituzioni ospitaliere e nello stesso tempo la visita delle città, dei musei e delle bellezze naturali del paese.

L'iscrizione è aperta presso l'Associazione Belga degli Ospedali in Bruxelles, rue de Livourne, 80.

La quota di iscrizione è di 2 dollari. I membri della Associazione Internazionale degli Ospedali pagano una quota di 5 dollari all'anno, che dà loro il diritto di partecipare gratuitamente al Congresso e di ricevere *Nosokomeion*, rivista trimestrale edita dall'Associazione.

Si prega di indirizzare le domande e le comunicazioni relative alla materia trattata dal Congresso al dott. W. Alter, in Buchschlag, Ernst Ludwig-Allee 2, Hessen, Germania. Il programma particolareggiato ed illustrato del Congresso sarà inviato gratuitamente dall'Editore W. Kohlhammer, Urbanstrasse 12-16, Suttgart, Germania.

14° Congresso internazionale di oftalmologia.

Ricordiamo che si terrà a Madrid dal 16 al 22 aprile. Il Comitato italiano informa che sono state concesse eccezionali riduzioni per i trasporti; e allo scopo di agevolare la più larga partecipazione, è stato organizzato un viaggio dall'Italia, con due distinti itinerari. La partecipazione è libera a tutti e le iscrizioni si ricevono alla sede del Comitato, via Silvio Pellico 8, Milano, il quale fornisce, a richiesta, informazioni e programmi.

Conferenza internazionale sul gozzo.

Una Commissione per lo studio del gozzo nominata dal Servizio federale dell'igiene pubblica della Svizzera, ha indetto una conferenza internazionale sul gozzo, per i giorni 10-12 agosto, a Berna.

Sono stabiliti i seguenti temi di relazione: « La ipertiroidosi », relatori Josselin de Jongh (Olanda), Holst (Norvegia), Plummer (Stati Uniti), Eppinger (Germania), Peycelon (Francia); « La etiologia del gozzo », relatori Pighini (Italia), McCarrison (Indie britanniche); « Lo struma maligno », relatori Dunhill (Inghilterra), De Quervain (Svizzera). Inoltre un certo numero di personalità sono state invitate a prendere parte alle discussioni dei tre temi.

Per informazioni rivolgersi al prof. Giacomo Pighini, Istituto Psichiatrico di San Lazzaro, San Maurizio (Reggio Emilia).

3° Congresso italiano per la lotta contro il cancro.

Ricordiamo che il 3° Convegno Nazionale della Lega Italiana per la lotta contro il cancro è indetto a Roma dal 21 al 23 aprile, sotto l'alto patronato di S. M. la Regina, nei locali dell'Istituto del Cancro ed in coincidenza con l'inaugurazione dell'Istituto stesso. È organizzato a cura della Sezione romana; il Comitato ordinatore è presieduto dal prof. R. Alessandri; ne sono vice-presidenti i professori R. Bastianelli e A. Busi; segretario il prof. Giovanni Pacetto, R. Clinica Chirurgica, Policlinico Umberto I, Roma (27). A richiesta s'invia il programma.

Giornate dello studio biologico del cancro,

Si terranno a Bordeaux dal 12 al 15 maggio, per iniziativa di un Comitato posto sotto la presidenza d'onore di Ch. Richet e che comprende il prof. Bounhiol (Bordeaux), quale presidente e il dott. Couvier quale segretario; tra i vice-presidenti è il prof. Nello Mori di Napoli. Per informazioni rivolgersi alla segreteria, place Gambetta 30, Bordeaux.

Congresso tedesco di actinologia.

Si adunerà a Berlino nei giorni 25 e 26 aprile; discuterà il tema: « Terapia attinica della tubercolosi » (relatori: Bänsch, Lipsia; Bucmeister e Losswitzer, St. Blasien; Bernhardt, St. Moritz; Guttmann e Holfeder, Francoforte s. M.; Hoffmann, Königsberg; Jesinek, Giessen; Lomholt, Copenaghen; Rollier, Leysin; Spiethoff e Zange, Jena; Stühmer e Wucherpfenning, Münster).

Società Radio-neuro-chirurgica italiana.

Il Consiglio di questa Società ha deliberato il seguente tema per il Congresso Nazionale da tenersi a Milano nel 1934: « Criteri di indagine delle affezioni del nevrasse » ed ha nominato relatori i proff. R. Bastianelli per la parte chirurgica, Bertolotti per la radiologica, Besta e Boschi per la neurologica.

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria (Padova, Casella postale 433).

Società Lombarda di Ostetricia e Ginecologia.

Questa Società, costituitasi quale Sezione dell'Accademia Medica Lombarda, tenne la seduta inaugurale il 23 febbraio, nell'anfiteatro della R. Clinica Ostetrico-Ginecologica « L. Mangiagalli » della R. Università di Milano, alla presenza del presidente dell'Accademia prof. Baslini, del rettore dell'Università prof. Livini, del preside della Facoltà medica prof. Foà. Le cariche furono così assegnate:

presidente: E. Alfieri; vice-presidente: G. Acconci; consiglieri: G. G. Fossati, G. Dossena, F. Clauser, Biancardi; segretario: F. Vozza; vice-segretario: Buzzi; cassiere: M. Baulino. Dopo i discorsi d'occasione vennero fatte sei comunicazioni.

Pneumothorax artificialis.

Il Bollettino per l'anno 1933 è di imminente pubblicazione. I Signori Soci Italiani sono pregati di far pervenire la quota annuale di L. 15, all'ufficio del Segretario generale: prof. Umberto Carpi, via Alberto da Giussano 18, Milano (126). Inoltre i signori Soci sono pregati di indicare all'ufficio del Segretariato: 1) le nuove eventuali variazioni nella lista dei Medici e delle Istituzioni che praticano il pneumotorace o la chirurgia polmonare; 2) i nuovi metodi di tecnica e i nuovi apparati concernenti la collassoterapia; 3) le nuove eventuali pubblicazioni sulla collassoterapia (1932). Tutte queste notizie serviranno per la pubblicazione del Bollettino 1933.

La III campagna antitubercolare.

La Federazione Nazionale Italiana fascista per la lotta contro la tubercolosi ha già iniziato una intensa propaganda predisponendo la spedizione di oltre 4 milioni di lettere a tutti gli enti, istituti, a tutte le organizzazioni di datori di lavoro e lavoratori, a tutta la classe insegnante e le svariate organizzazioni dipendenti dal Partito.

La grande manifestazione avrà quest'anno un carattere strettamente unitario e per raggiungere pienamente, come ha voluto il Ministero dell'Interno, questa vera unità Nazionale, tutto il materiale di propaganda è stato fornito unicamente dalla Federazione. Valenti artisti sono stati chiamati a collaborare. In modo particolare la campagna del 1933 ha per simbolo una campana crociata.

Oltre 6000 oratori propagandisti parleranno in tutti i paesi d'Italia; sono stati designati 92 oratori per i 92 capoluoghi di Provincia, scelti fra gli uomini più rappresentativi negli svariati campi delle attività dello spirito, dell'arte, della scienza, della politica.

L'organizzazione sanitaria nell'Agro Pontino.

Il Capo del Governo ha ricevuto l'onorevole prof. Marchiafava ed il sen. Cremonesi con i quali si è trattenuto sulle organizzazioni sanitarie nell'Agro Pontino.

Il sen. Marchiafava ha illustrato un ordine del giorno formulato dalla speciale Commissione di alta consulenza per la vigilanza igienico-sanitaria di quelle popolazioni ed ha poi esposto quanto è stato fatto dalla Croce Rossa Italiana, che ha istituito in tutto quel territorio una fitta rete di centri sanitari destinati a vigilare sulle condizioni igieniche della nuova Provincia conquistata dal Fascismo all'Italia.

Il Capo del Governo nel compiacersi dell'opera svolta ha dato le linee generali perchè gli abitanti di Littoria e di tutto l'Agro Pontino nel campo igienico-sanitario siano allo stesso livello delle regioni più progredite d'Italia.

Comitato internazionale sulle malattie cardiovascolari.

In occasione del 6° Congresso tedesco sulla circolazione tenutosi a Würzburg nei giorni 6 e 7 marzo sotto la presidenza del prof. Magnus-Alsleben, si è adunato, in 2ª sessione, il giorno 7 marzo, il « Comitato scientifico per lo studio e la lotta contro le malattie della circolazione », sotto la presidenza del dott. C. Hamel. Venne deciso, con l'adesione dei rappresentanti e delegati di vari Stati, di fondare un Comitato internazionale, che si adunerà per la prima volta nel 1934, verso la fine di giugno, a Bad-Nauheim, nel « Kerckhoff-Herzforschungs-Institut », diretto dal prof. F. M. Groedel. Per informazioni rivolgersi al « Wissenschafsliches Komitee zur Erforschung und Bekämpfung der Kreislaufstörungen », Residenzstrasse 32, Dresden-Blasewitz, Germania.

Lega francese contro il reumatismo.

Si è adunata il 13 marzo: durante la mattinata ebbe luogo una dimostrazione clinica da parte del prof. Grenet nell'Ospedale Bretonneau; durante il pomeriggio si svolse una seduta scientifica, al Museo Sociale: venne discusso il tema: « La crisoterapia nel trattamento del reumatismo ».

La nuova sede del Sindacato medico di Milano.

Il Sindacato medico di Milano e Provincia, ha inaugurato la sua nuova sede (in Piazza del Duomo, 28). Col Sindacato medico si accolgono anche l'Ordine dei medici e l'Accademia medico-lombarda.

La cerimonia ha avuto luogo alla presenza di S. A. R. il Duca di Bergamo e di moltissime alte personalità. Mons. Tredici diede la rituale benedizione ai locali e quindi il prof. comm. Baslini prese la parola salutando i convenuti e spiegando le ragioni d'indole pratica che avevano indotto le organizzazioni mediche della città a riunirsi in una sola sede, onde meglio esplicare le loro funzioni di categoria a vantaggio della scienza e della pratica professionale. Disse del funzionamento delle tre Sezioni di Medicina, di Chirurgia e di Ostetricia, delle riunioni periodiche degli inscritti, dell'impulso che l'organizzazione dà agli studi medici, concludendo con un augurio di sempre maggiore efficienza della attività professionale nell'inquadramento del Regime.

Prese quindi la parola il prof. Carlo Foà, preside della Facoltà di Medicina della R. Università di Milano, per trattare il tema ufficiale: « Metabolismo del calcio in rapporto alle lesioni scheletriche ed alle ossificazioni eterologhe ». Seguì il prof. Donati, direttore della Clinica Chirurgica della R. Università di Milano, che illustrò il tema dal punto di vista clinico.

Centro medico nel Belgio.

La Croce Rossa Belga ha fondato a Watermaal Bortsfort un centro medico, che ha per compito l'esame completo dei pazienti, le visite dispensariali e le visite agli scolari.

Assistenza ospedaliera assicurativa negli Stati Uniti.

Due ospedali di Filadelfia, per fronteggiare le difficoltà economiche inerenti alla crisi, avevano organizzato un'assistenza in forma assicurativa: gruppi di persone si assicuravano in blocco ed acquistavano così il diritto all'assistenza ospedaliera. In seguito a proteste della Società Medica della Contea, hanno però desistito.

Uno di detti ospedali, lo Hahnemann, aveva accettato 500 iscrizioni, a 10 dollari ciascuna l'anno;

l'assicurazione ha funzionato solo dal novembre al 13 gennaio.

L'altro ospedale, il Germantown, aveva accettato l'assicurazione del personale di una grande Ditta industriale, a 15 dollari per ogni iscritto; ma il Consiglio amministrativo, in un'adunanza tenuta il 16 gennaio, ha annullato la decisione.

La Società Medica della Contea ha fatto rilevare che la diffusione di questa modalità di assistenza sarebbe di pregiudizio ai medici e disdicevole all'assistenza ospedaliera, che verrebbe commercializzata.

La Croce Rossa Germanica.

Dalla relazione, ora pubblicata, sull'attività svolta durante l'anno 1° aprile 1931-31 marzo 1932, risulta che la Società ha avuto alle sue dipendenze 9794 infermiere, di cui 1100 in istituzioni proprie, 4900 in istituzioni municipali, 706 in cliniche ed ambulatori universitari, 211 in ospedali di Società mutue, 86 in cliniche private, 197 in maternità e case di convalescenza, 243 in istituzioni per l'infanzia, 569 in istituzioni pubbliche di assistenza, ecc.

Quasi tutte le infermiere della C. R. hanno seguito un corso biennale (un anno in più di quello richiesto dalla legge). Il centro più importante di formazione è la Scuola Werner, a Berlino. Se si tiene conto anche delle dame infermiere (circoli della Buona Samaritana), si va a 132.000 persone circa capaci dell'assistenza, distribuite in 3358 sedi; il personale ausiliario è costituito da 136.000 unità.

Notevole è l'attività svolta per il pronto soccorso, in 6435 stazioni municipali e 23.505 stazioni varie, idonee così all'assistenza come al trasporto dei feriti e malati, con 565 auto-ambulanze e 203 ambulanze a cavalli; inoltre 28.000 stazioni sono attrezzate solo pel trasporto, in barelle e ambualnze. Venne prestata assistenza a 2.300.000 persone.

Molte Associazioni gareggiano con la Società della Croce Rossa e rendono ottimi servigi; molte sono a carattere religioso.

Il bilancio dell'assistenza pubblica a Parigi.

Il bilancio preventivo pel 1933 dell'« Assistance Publique » di Parigi importa uno stanziamento di 658.662.517 franchi, ossia circa mezzo miliardo di lire it. In parte questa somma verrà corrisposta in rivalsa dai ricoverati non indigenti; in parte verrà coperta dagli introiti della tassa sugli spettacoli; in buona parte verrà fornita per convenzione dal Comune. La quota del Comune fu di 163 milioni nel 1925; è salita a 345 nel 1932; e siccome il valore del denaro nel frattempo è rimasto praticamente invariato, si è prodotto un incremento fortissimo, di 211 per cento in 8 anni. Invece il numero dei letti è aumentato solo da 35.500 a 41.700, cioè di 14 per cento. La maggiore spesa è dunque inerente al maggiore costo dell'assistenza, che è quasi raddoppiato. A sua volta il maggiore costo è determinato dall'orario di 8 ore e dalle vacanze annuali per le infermiere, delle quali si è dovuto aumentare molto il numero; nonchè dalle assicurazioni del personale. La giornata d'ospedalizzazione viene ora a costare circa 40 franchi al giorno. In media l'ospedalizzazione dura a Parigi 27 giorni, mentre a Londra è di 24, a Bruxelles di 22, a New York di 15, ecc. La maggior durata è ascrivibile a difettosa organizzazione: le sale operatorie sono quasi sempre ingombrate e perciò occorre un turno d'attesa; le ricerche di laboratorio (reazioni, esami di sangue, ecc.) tardano sempre: così molto tempo va pure sciupato. Il direttore dell'assistenza, dott. Moreau, nella sua relazione annuale, propone di rimediare a tale stato di cose; per es., gli operandi d'ora in poi verrebbero accettati solo al momento dell'operazione; i pazienti verrebbero dimessi appena guariti: eventualmente inviati in case di convalescenza. Rileva che occorrono senza meno nuovi letti per soddisfare le crescenti necessità dell'assistenza.

Revoca di zone malariche.

Con decreto 27 dicembre, pubblicato recentemente sulla « Gazzetta Ufficiale », si è revocata la classifica di zona malarica per 10 comuni e 7 frazioni del Lario e della Brianza (prov. di Como).

Sono questi gli effetti della lotta ad oltranza intrapresa dal Regime contro l'incoltura del suolo e contro la malaria, attraverso la grandiosa bonifica integrale.

Bibliografia Italiana.

La Redazione della « Bibliografia Italiana », Sezione Medicina — pubblicata a cura del Consiglio Nazionale delle Ricerche e col concorso della Reale Accademia d'Italia — è stata così ricostituita: dott. Corrado Tommasi-Crudeli, direttore; dott. Guido Tegoni, redattore capo; dottori Augusto Carelli e Sofia Ferro-Luzzi, redattori.

Il dott. Tegoni, della Sezione Medica, è stato incaricato di reggere il servizio redazionale anche delle altre branche bibliografiche (Scienze, Biologia, Ingegneria, Industrie, Difesa Nazionale, Agricoltura).

Data la competenza e la fattività del Tegoni, col quale ci congratuliamo per l'incarico avuto, siamo sicuri che la « Bibliografia Italiana », nelle sue varie branche, sarà efficiente e non subirà più ritardi di pubblicazione, tanto maggiormente deprecabili per lavori di tal genere, inquantochè l'utilità ne è in gran parte condizionata dalla tempestiva pubblicazione.

Per quel che riguarda la « Bibliografia Medica », essa, col 1933, venne iniziata secondo una classificazione che la pratica stessa bibliografica ha indicato come razionale e più opportuna delle classificazioni applicate negli scorsi anni.

Gli studiosi italiani diano il loro appoggio a tali pubblicazioni del Consiglio Nazionale delle Ricerche, le quali pongono in evidenza continua e valorizzano il contributo non indifferente che gli Italiani portano al progresso del sapere.

Nella stampa sanitaria.

La direzione del « Giornale di Medicina Militare » è stata asunta dal ten. gen. med. Luigi Franchi, al posto del ten. gen. med. Umberto Riva, il quale ha lasciato la direzione del giornale, insieme alla direzione generale della Sanità militare, per ragioni di età. Alla carica di redattore capo è stato confermato il solerte prof. Virginio De Bernardinis, che ha già dato prova di sapere accoppiare, alle qualità di studioso e sperimentatore, quelle di giornalista.

Segnaliamo ai lettori « Sindacato e corporazione », organo ufficiale del Ministero delle Corporazioni; vi è documentata la molteplice attività del Regime nel campo del lavoro e della previdenza sociale. Vi ha molta parte l'attività nel dominio dell'igiene, dell'assistenza sanitaria, delle prevenzioni e delle assicurazioni; vi sono anche molte documentazioni relative agli Enti e agli Accordi

internazionali; vi si trovano molte informazioni relative ai vari Paesi.

L'abbonamento annuo importa L. 58.50 per l'Italia, L. 130 per l'Estero; i numeri separati costano rispettivamente L. 10 e L. 20. Rivolgersi all'Istituto Poligrafico dello Stato, Roma.

Si è iniziata la pubblicazione degli « Archivos do Hospital do Centenario » di Recife (Brasile); il 1° fascicolo contiene 9 contributi originali e un articolo giubilare sul prof. A. Simões Barboe. Redazione e amministrazione hanno sede presso l'Ospedale, avenida Rosa e Silva 398, Recife, Pernambuco, Brasile.

Sotto il titolo « Geneeskundige Bladen uit Belgie », col patronato della quasi totalità del corpo insegnante della Facoltà medica di Gand, si è iniziata la pubblicazione di un periodico medico in lingua fiamminga, la cui opportunità è stata determinata dall'avere « fiamminghizzato » l'Università di Gand. Esso farà astrazione da qualsiasi questione politica e si occuperà unicamente di problemi scientifici e tecnici. Ha lo scopo precipuo di mantenere i legami dell'Alma Mater con gli antichi allievi. La lingua fiamminga, la quale già conta numerosi periodici di medicina pubblicati in Olanda e nelle Indie Olandesi, viene ad occupare oggi un posto sempre più notevole in medicina e complica sempre più il problema, già così difficile per gli studiosi, delle lingue.

Si è iniziata la pubblicazione di un periodico intitolato « Diabetes », a cura dei dottori Frederich M. Allen di New York, Henry J. John di Cleveland e William D. Sansum di Santa Barbara (California). È destinato ai malati di diabete; reca articoli di volgarizzazione sulla dieta e sulla cura farmaceutica, recensioni di libri, notizie sugli studi riguardanti il diabete, lettere ai direttori.

Hanno modificato la periodicità varie riviste: « La Pediatria » da bimensile è divenuta mensile; così pure il « Notiziario demografico »; « The American Journal of Cancer » da bimestrale è divenuto mensile; la « Prensa Médica Argentina » da trimensile è divenuta settimanale.

Sessione di libere docenze.

Con ordinanza del Ministero per l'educazione nazionale in data 20 gennaio 1933 è stata indetta la sessione dell'anno in corso per il conseguimento dell'abilitazione alla libera docenza; il termine per la presentazione delle domande è fissato al 31 maggio, ma ai candidati che ne facciano espressa riserva sulla domanda è consentito d'inviare direttamente le loro pubbicazioni ai componenti le singole Commissioni, fino al 31 agosto.

Alla Scuola di perfezionamento in medicina del lavoro.

In questa Scuola hanno luogo numerose conferenze affidate a personalità della medicina, su problemi attinenti alla medicina del lavoro e alla medicina sociale. Di recente hanno avuto luogo: una conferenza di S. Baglioni su « La fatica nei lavoratori manuali »; una di S. De Sanctis su « La fatica nei lavoratori intellettuali ». Sono annunziate le seguenti altre conferenze: S. Ottolenghi, « La personalità fisica e psichica del lavoratore » (per il giorno 31 marzo, a ore 17.30); S. Serono, « Il fattore sanitario nella moderna organizzazione del lavoro » (per il giorno 27 aprile, a ore 19).

Per notizie rivolgersi alla Scuola (Policlinico del Lavoro, Lungotevere in Augusta 3, Roma).

Corso complementare d'igiene pratica.

Si terrà nella R. Università di Catania, dal 1° aprile al 31 maggio, per aspiranti ufficiali sanitari; norme consuete: tassa L. 400 da corrispondere all'Economato della R. Università, oltre gli eventuali diritti di Segreteria.

Corso di perfezionamento sul cancro.

Dal 20 aprile al 5 maggio dalle ore 15 alle 18, nella R. Università di Bari si terrà un corso di esercitazioni sul cancro. Esso è gratuito e dà diritto a certificato di presenza. Fare domanda in carta libera alla Presidenza del Comitato locale per la lotta contro il cancro, R. Clinica Medica, allegando certificato di laurea.

Corsi di perfezionamento a Parigi.

Un corso di tecnica ematologica e serologica avrà luogo nel Laboratorio di Anatomia Patologica della Facoltà di Medicina di Parigi, a cura di E. Peyre, a partire dal 7 giugno; comprenderà 16 lezioni teoriche e tecniche, seguite da applicazioni pratiche; tassa fr. 250.

Un corso sui disturbi del ritmo cardiaco avrà luogo nell'Ospedale Tenon, sotto la direzione di C. Lian, dal 15 al 25 maggio; alla chiusura del corso si farà un viaggio alle stazioni di Vittel, Contrexéville e Bains-les-Bains (25-28 maggio); tassa fr. 250 per il corso, 150 per il viaggio.

Rivolgersi alla Facoltà di Medicina, rue de l'Ecole de Médecine, Paris VIe.

Conferenza.

Il prof. Riccardo Jorge, presidente del Consiglio Superiore d'Igiene del Portogallo e membro dell'Ufficio Internazionale d'Igiene, ha tenuto a Rabat (Marocco francese) una conferenza sulla peste, con particolare riguardo alla diagnosi, all'epidemiologia ed alla profilassi.

Scambi culturali.

Il professore d'igiene medica alla Facoltà di Buenos Aires, Leopoldo Bard, è stato invitato a tenere una serie di conferenze alla Facoltà medica di Madrid, durante i mesi di aprile e di maggio.

La dottoressa Paulina Luisi, delegata dell'Uruguay alla Società delle Nazioni, ha tenuto in Spagna una conferenza sul tema « Abolizionismo e educazione sessuale ».

I cimeli scientifici italiani destinati all'Esposizione di Chicago.

Il Capo del Governo si è recato a visitare la collezione di cimelii e documenti scientifici che il Consiglio Nazionale delle Ricerche ha raccolto per l'Esposizione mondiale di Chicago. Venne accompagnato dal sen. Marconi, Presidente del Consiglio stesso.

La collezione comprende documentazioni dalla preistoria e dall'Era romana, fino all'epoca contemporanea.

Nella medicina e fisiologia la materia è vastissima.

Verso l'Ordine dei Medici in Francia.

Il progetto di legge che istituisce in Francia l'Ordine dei Medici è stato approvato dalla Camera durante una seduta antimeridiana, alla quale partecipava un numero del tutto esiguo di deputati. Il fatto ha costituito una vera sorpresa per la classe medica.

Il progetto incontra opposizione, perchè, a quanto si afferma, esso stabilisce un vero antagonismo tra il Consiglio degli Ordini ed i Sindacati; inoltre le norme codificate contengono molte imprecisioni ed alcune sanzioni che sarebbero inapplicabili.

Restrizione nel numero di studenti di medicina in Germania.

Il Ministero prussiano della Pubblica Istruzione ha emanato un decreto che autorizza, a titolo sperimentale, le Facoltà mediche a limitare il numero degli studenti ammessi negli istituti e nelle cliniche, e ciò allo scopo di prevenire il sopraffollamento, che riduce l'efficienza didattica. Gli istituti e le cliniche annunziano in anticipo il numero massimo di studenti che sono in grado di accogliere, e una volta raggiunto questo limite, possono respingere le domande in eccesso.

Lo stesso sistema già vige da alcuni anni per la Scuola dentaria.

La morfinomania in Germania.

Secondo una relazione presentata dal dott. H. Hamel all'Ufficio internazionale d'igiene pubblica la frequenza del morfinismo nella popolazione tedesca al di sopra dei 20 anni è, per ogni 10.000 persone, di 1,0 tra gli uomini e di 0,76 tra le donne. La prevalenza del sesso maschile è in gran parte ascrivibile ai medici, tra i quali la frequenza dei morfinomani nel 1920 fu cento volte di più che nel restante della popolazione. Pare che la diffusione della tossicomania in alcuni piccoli centri debba attribuirsi a medici che ne sono colpiti e che determinano la loro morbosa passione nei clienti, prescrivendo ad oltranza iniezioni di morfina.

Un problema deontologico in tema di alloggi.

La Lega dei medici del comune di Berlino (Gross-Berliner Aerztebund) ha formulato un voto, secondo cui un medico non deve andare ad occupare un appartamento già tenuto da un collega, se non ha ottenuto da questi il consenso preventivo. Accade difatti che un medico riesca a farne sloggiare un altro (per es. offrendo al proprietario un fitto più elevato), ne occupa il domicilio e poi ne assorbe molta parte della clientela, la quale è abituata al posto o crede che si tratti di una successione in regola di un medico ad un altro, che ne ha la fiducia.

La Lega addita l'abuso perchè, nei limiti del possibile, sia infrenato.

Il fatto stesso di questo richiamo viene giudicato un segno dei tempi...

Insegnamento medico mediante la radio.

Nella Czecoslovacchia si stanno organizzando dei corsi d'insegnamento medico mediante la telefonia senza fili. Il successo sarebbe assicurato in quanto che il 70 % dei medici czechi possiede apparecchi riceventi radio.

Studenti spagnoli di medicina a Roma.

Sono stati a Roma e ne hanno visitato gli Istituti scientifici e assistenziali 50 luareandi in medicina dell'Università di Barcellona, accompagnati dai proff. Vitarell e Navarro. Hanno deposto una corona d'alloro sulla lapide che ricorda gli studenti caduti in guerra. Hanno ricevuto cordiali accoglienze dai goliardi romani.

I giornalisti medici francesi.

L'« Associazione professionale dei giornalisti medici francesi » ha tenuto la sua assemblea generale, che ha rinnovato l'ufficio di presidenza per il 1933; quale presidente è stato eletto J. Noir; quale segretario A. Garrigues. La « Cassa mutua pensioni dei giornalisti medici francesi » avrà per l'anno in corso alla presidenza G. Paul-Monceau e quale segretario A. Bouland.

Per il prof. A. Czerny.

Il 3° fascicolo di « La Pediatria » è dedicato, in omaggio, al prof. Adalberto Czerny, l'illustre clinico pediatra dell'Università di Berlino, che lascia l'insegnamento per avere compiuto i 70 anni di età. Il fascicolo, di circa 250 pagine (un vero volume), contiene un articolo introduttivo del prof Jemma ed una serie di 22 memorie; figurano tra gli autori i migliori nomi della pediatria italiana. Il fascicolo reca una bella fotografia del Maestro, che non appartiene solo alla Germania, ma a tutti i Paesi.

Onoranze al prof. Balli.

Al prof. Ruggero Balli, rettore della Università di Modena, è stato offerto, dai presidenti e vicepresidenti che si sono succeduti alla Direzione della Società Italiana di Radiologia Medica, una medaglia d'oro, che nel *recto* reca il sigillo della Università di Modena e nel verso ricorda come il prof. Balli sia il primo radiologo che sia assurto alla carica di Rettore Magnifico.

La medaglia gli è stata consegnata a Roma, in occasione della XVI Riunione del Gruppo Centromeridionale della S.I.R.M., dal prof. Tandoja.

Borsa perpetua all'Università di Parma al nome di Umberto Gabbi.

Presso l'Istituto di Patologia Medica dell'Università di Parma il Rettore prof. Preti ha commemorato il sen. Umberto Gabbi, dando comunicazione della istituzione di una borsa perpetua di lire 10.000 intestata al nome dello scomparso e designata dal prof. Prassitele Piccinini ogni anno ad un laureando dell'Ateneo parmense che presenterà una laurea in clinica medica.

Per il prof. Marinesco.

La Società romena di neurologia ha festeggiato il 70° anniversario del prof. Marinesco, fondatore della neurologia romena.

Eroismi.

Narrano i giornali quotidiani che durante il gravissimo disastro tellurico abbattutosi sulla California meridionale, un chirurgo stava operando, nell'Ospedale di Los Angeles, allorchè è caduta una parte del fabbricato, spezzando i fili della luce; il sanitario si è fatto portare lampade portatili ed ha ultimato l'intervento.

Un cliente condannato.

Il « Tribunale in Prima Istanza » di Caracas (Venezuela) è stato investito del seguente caso giudiziario. Un paziente operato per affezione ossea reclamava dal chirurgo la restituzione dell'onorario già corrisposto, i danni e gl'interessi, essendo risultato che il chirurgo stesso non aveva fatto registrare il suo diploma di laurea nello Stato ove esercitava e non era specialista in malattie ossee; come pure in considerazione del fatto che l'intervento non aveva dato i risultati attesi. Il Tribunale ha dichiarato che la mancata registrazione del diploma costituisce un'infrazione alle leggi, la quale è sanzionabile ma non interferisce con la prerogativa di curare; che la specializzazione non era necessaria; che il sanitario non può mai garantire il successo delle cure: gli onorari compensano le sue prestazioni e non il ripristino della salute, la quale non può formare oggetto di impegno contrattuale, perchè tale impegno sfugge ai poteri dell'uomo. Il paziente è stato condannato agli onorari ed alle spese.

L'assassinio dei medici.

Il dott. Gille ha messo in rilievo l'incremento, che viene determinandosi, nel numero di medici assassinati dai loro clienti.

Le vittime possono dividersi in varie categorie. In un gruppo rientrano i medici accusati di aver eseguito cure dannose; per lo più si tratta di chirurgi, i cui interventi, spesso praticati per compiacenza ed in seguito a molte insistenze, in soggetti psicopatici che avevano tentato altre cure, non hanno rimosso i disturbi accusati. Tali furono i casi dei proff. Pozzi e Guinard. Un altro gruppo è dato da medici delle assicurazioni e da periti legali, che non intendono secondare i tentativi diretti a carpire delle indennità o delle pensioni non dovute. Il gruppo più numeroso è costituito da medici psichiatri, uccisi negli istituti di cura, con le armi più impensate, oppure all'aperto, da pazienti incautamente dimessi in seguito ad insistenze dei famigliari; questi medici sono accusati per lo più di trattenere o di aver trattenuto ingiustamente i ricoverati.

Il prof. Brumpt colpito da febbre maculata delle Montagne Rocciose.

Il prof. E. Brumpt, direttore del Laboratorio di parassitologia e della Scuola di malariologia della Facoltà medica di Parigi, è stato colpito dalla « Rocky montains spotted fever » sulla quale egli stava eseguendo delle ricerche, coordinate con altre di C. Nicolle. La malattia, appartenente al gruppo del tifo esantematico, è trasmessa dalla zecca *Dermacentor venustus* (come ebbe a dimostrare Ricketts); è grave (la mortalità può giungere al 75 %). Presumibilmente l'infezione venne contratta attraverso un dito punto da larve di un acaro europeo (*Dermacentor reticulatus*) infettate; ovvero ferito nell'autoptizzare una cavia infettata. Ci risulta che l'illustre studioso è ora fuori pericolo, ma in condizioni di forte debolezza.

Corrigenda. — Nel fascicolo scorso, pag. 478, ultima notizia, leggere: Ospedali Riuniti di Napoli.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XL Roma, 3 Aprile 1933 - XI Num. 14

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

Istituto di Semeiotica Medica della R. Università di Roma diretta dal Prof. G. BASTIANELLI

L'epatoterapia nell'anemia perniciosa delle gravide.

Dott. UGO PERATONER, assistente.

Mi sembra di una certa utilità pratica illustrare tre casi di anemia perniciosa in gravidanza da noi studiati e che con la epatoterapia sono pervenuti in breve alla guarigione completa.

CASO I. — M. Maria, di anni 43, casalinga. Negativa l'anamnesi ereditaria e famigliare. Sposata ad uomo che ha sofferto di malaria, ha avuto 5 figli e due aborti nell'intervallo delle gravidanze. È amenorroica per gravidanza al 4° mese (giugno 1930).

All'età di 27 anni (1914) ha avuto per la prima volta malaria i cui accessi febbrili si sono ripetuti nonostante le cure, ad intervallo vario di tempo fino al 1926.

Nel 1927, febbraio, a causa di un nuovo periodo febbrile a tipo irregolare senza speciali caratteri e accompagnatosi ad uno stato anemico grave si è ricoverata, mentre era gravida, all'Ospedale dal quale fu dimessa dopo 40 giorni di degenza con diagnosi di anemia grave in gravida malarica (gl. rossi 850.000, bianchi 5000, Hb. 25, indice di colorazione 1,3. Anisocitosi, policromatofilia, qualche normoblasto, non megaloblasti). L'esame del sangue per la ricerca del parassita malarico è stato replicatamente negativo. L'inferma è migliorata con la sola cura del riposo e con preparati di ferro.

La contemporanea cura con piccole dosi di cinconina (15 gr. in totale) non ha modificato i diametri della milza. Parto e puerperio normale. In seguito benessere.

Dal giugno 1930, primo mese di gravidanza, accusa astenia progrediente, facile stanchezza, pallore che si accentua, dispepsia sempre più intensa fino ad avere nausea per ogni cibo, vomito facile ad ogni ingestione di sostanza alimentare solida e liquida. Qualche decimo di febbre, che non ha però mai misurato. Tale stato si aggrava al punto che l'inferma non si regge in piedi, ha avuto per due volte all'improvviso segni di anemia cerebrale; ha facile affanno cosicchè soli pochi passi determinano uno stato dispnoico intenso.

Entra al reparto il 21 ottobre 1930 e si presenta profondamente debole: si regge appena in piedi. La cute e le mucose sono pallidissime, esangui. Succulenza diffusa dei tessuti. Apiressia. Polso 104, ritmico, molle. Non papillite nè glossite. Rumore sistolico dolce alla punta del cuore. Rumori di trottola sui vasi del collo. Si palpa il fondo dell'utero tre dita sopra il pube ma non si apprezza

nè il soffio uterino nè il battito cardiaco fetale. Il fegato che in alto viene delimitato al 5° spazio sulla emiclaveare, si palpa in basso più di due dita dall'arco costale di consistenza aumentata. La milza è pure ingrossata: 7° spazio in alto sulla ascellare media; in basso arriva all'ombellicale trasversa ed è di consistenza molto aumentata.

Gli esami di laboratorio confermano lo stato anemico grave con forte emolisi (notevole urobilinuria): gl. rossi 600.000; gl. bianchi 6000; Hb. (Sahli) 14. Indice di colorazione 1,10. Piastrine 175.000. Emazie granulofilamentose 26 %. L'esame morfologico mette in evidenza: 1) per la formula leucocitaria: neutrofilopenia (60 %) con linfocitosi relativa (35 %) e qualche mielocito neutrofilo (2 %); 2) per la serie rossa: poichilocitosi ed anisocitosi (megalociti ipercromi-microciti), anisocromia, discreto numero di eritrociti policromatofili e di elementi immaturi della serie normale (eritroblasti basofili); più scarsi quelli della serie embrionale (megaloblasti, basofili e policromatici). Notevole il reperto di normoblasti con nucleo in carioressi; numerosi quelli con corpuscoli di Jolly multipli.

Non parassiti malarici neppure nei replicati esami effettuati in goccia spessa. R. W. negativa. Ricerca dei parassiti intestinali nelle feci pure negativa.

Allo scopo di riprendere rapidamente dal suo grave stato l'ammalata e di metterla in condizioni di utilizzare la dieta epatica altrimenti non tollerata il 27 ottobre ed il 1° novembre si eseguiscono due trasfusioni di sangue dirette, rispettivamente, di 250 e di 200 cmc. Si ottiene un lieve miglioramento dello stato generale ed una modificazione del reperto ematico come risulta dal seguente specchietto:

Data	Gl. rossi	Gl. b.	Hb.	Indice coloraz.	Reticolociti
—	—	—	—	—	—
31-X-30	850.000	4.000	20	1,17	50 %
7-XI-30	950.000	4.000	20	1,05	—
10-XI-30	950.000	5.000	20	1,05	6 %

A distanza però di 10 giorni dall'ultima trasfusione ogni sua azione terapeutica dovevasi considerare esaurita se alla stazionarietà quantitativa degli elementi si opponeva la notevolissima riduzione delle emazie granulofilamentose discese al disotto della percentuale di partenza e la nessuna modificazione del quadro morfolgico e clinico.

Si inizia perciò senz'altro la cura epatica somministrando da 300 a 350 gr. di fegato di vitello fresco, poco arrostito. Il rapido e meraviglioso risultato non tarda a manifestarsi: esso è testimoniato dai successivi esami di sangue:

Il tumore di milza si è ridotto quasi in totalità; le condizioni generali sono buone e l'inferma chiede di uscire dall'ospedale.

Pochi fenomeni sicuramente sono oggidì così meravigliosamente interessanti e così soprendenti come quello della comparsa in circolo della grandissima quantità di emazie con reazione granulofilamentosa (fino al 65 %) già al terzo-quarto giorno della dieta epatica e del contemporaneo immediato senso di benessere, di risveglio dell'appetito, della scomparsa dell'astenia, della vera rinascita insomma di un organismo gravemente ammalato già nei primissimi giorni della cura e quando il numero dei gl. rossi ancora non accenna a salire.

CASO II. — B. Teresa, di anni 22, casalinga. Anamnesi famigliare e remota negativa. Sposata ad uomo che sta bene, ha avuto due figli ed è attualmente gravida al 7° mese. Dal luglio 1919 mentre era gravida al secondo mese viene presa da accessi febbrili preceduti da brivido e seguiti da sudori profusi: tali eccessi si sono ripetuti durante 15 giorni con una intermittenza irregolare e si sono esauriti spontaneamente, senza terapia. Da allora si è andato però stabilendo un progressivo deperimento generale con profonda astenia, disappetenza, pallore ed in seguito facile affanno, parestesia alle dita dei piedi e delle mani, qualche volta appannamento passeggero della vista. Le è stata riscontrata splenomegalia e le fu prescritta cura chininica che l'inferma ha seguito per qualche tempo senza miglioramento e che ha sospeso spontaneamente avendo notate scarse perdite di sangue dai genitali.

Entra al reparto il 13 dicembre 1929. Preferisce il decubito semiortopnoico per la facile dispnea che l'assale anche nei semplici cambiamenti di posizione. Stato di profonda debolezza. Apiressia. Polso 100, molle. Mucose acute estremamente pallide che rendono più vivo il contrasto con le pigmentazioni gravidiche cutanee. Edemi modici delle gambe. Cuore un po' spostato in alto e all'esterno: rumore sistolico dolce. Si palpa il fondo dell'utero tre dita sopra la cicatrice ombellicale, molle spostabilissimo: battito cardiaco fetale nel quadrante inferiore destro. Il fegato si delimita in alto al V spazio, si palpa in basso due dita dall'arco liscio, a margine tagliente. La milza fortemente tumefatta arriva in basso all'altezza della cresta iliaca.

L'esame del sangue dà: gl. rossi 1.400.000; gl. bianchi 2000; Hb. (Sahli) 28. Indice di colorazione 1. Negli strisci: anisocitosi, poichilocitosi (notevole il numero di emazie ovalari, di megalociti ipercromi); piastrinopenia; policromatofilia; scarsi

Data	Gior. dieta epat.	Quantità feg. compl.	Gl. rossi	Gl. b.	Hb.	Indice coloraz.	Reticolociti	
—	—	—	—	—	—	—	—	
14-XI	2ª	gr. 450	875.000	6.000	18	1,02	9 %	(1)
15-XI	3ª	» 750	800.000	7.500	18	1,12	30 %	(2)
17-XI	6ª	» 1250	800.000	6.500	18	1,12	65 %	(3)
18-XI	7ª	» 1550	1.000.000	5.000	19	0,95	65 %	(4)
21-XI	10ª	» 2500	1.350.000	6.000	25	0,92	58 %	
27-XI	16ª	» 4150	2.200.000	4.000	35	0,79	—	
2-XII	19ª	» 4950	2.850.000	5.000	50	0,87	23 %	(5)

(1) Esame morfologico immutato. — (2) Policromatofilia più accentuata. — (3) Anisocitosi meno notevole; ridotti i megalociti ipercromi. Eritroblasti scarsi; non megaloblasti. — (4) Formula leucocitaria non modificata. Le alterazioni della serie rossa si riducono alla sola aniso- e poichilocitosi e policromatofilia. — (5) Sospeso il fegato da due giorni. Formula quasi normale. Anisocitosi appena evidente.

megaloblasti basofili e policromatici; scarsi eritroblasti ortocromatici. Formula leucocitaria con neutrofilopenia, linfocitosi relativa e presenza di alcuni mielociti neutrofili.

La ricerca del parassita malarico è stata sempre negativa. Negativa la R. W.

Si inizia la cura di fegato di bue il 20-XII-29 somministrandone 300 gr. giornalieri, poco arrostiti. Non si tarda anche in questo caso ad osservare già al terzo giorno della speciale dieta l'immediata meravigliosa risposta del midollo con la immissione in circolo di numerosissime (50 %) emazie granulofilamentose e con il miglioramento dello stato generale, della sanguinificazione e dell'appetito tanto che al nono giorno della somministrazione (Kgr. 2,500 in totale di fegato) l'inferma chiede un supplemento di vitto. Già al 15° giorno l'esame del sangue dà: gl. rossi 2.500.000; gl. bianchi 3000; Hb. 40; indice di colorazione 0,86. Scompare la megalocitosi, gli elementi della serie normo e megaloblastica mentre residua modica anisocitosi e poichilocitosi. Anche la formula leucocitaria è ritornata normale. Tale stato di miglioramento ha subito in seguito una stasi quando l'inferma venne colpita da una nefrite emorragica acuta che si risolse nello spazio di 15 giorni durante il puerperio dopo un parto perfettamente normale con feto vivente. La dieta epatica è stata ripresa e l'inferma continuando il suo miglioramento è uscita dopo alcuni giorni quando i globuli rossi avevano ripreso la loro ascesa (2.750.000) Anche in questo secondo caso il tumore di milza si è notevolmente ridotto.

CASO III. — B. Graziella, di anni 35, contadina. Genitori e fratelli malarici. Tre figli godono buona salute.

Febbri malariche a 17 anni con recidive fino al 1929. Dal febbraio 1930 — 20 giorni dopo l'ultima mestruazione — (è gravida al 7° mese) febbricola irregolare incostante: il chinino prescrittole per cura per lungo tempo non ha influito sul decorso di tale febbre che è continuata mentre si stabiliva deperimento dello stato generale con astenia, disappetenza, pallore notevole della cute e delle mucose, ronzii agli orecchi, facile tachicardia dopo lievi sforzi.

L'8 agosto 1930 si ricovera all'Ospedale: ammalata denutrita con facile dispnea; temper. 37°,1. Polso 106, molle. Faccia giallo-terrea con maschera gravidica. Cute molto pallida con succulenza diffusa. Mucose esangui. Non glossite. Qualche rantolo a grosse bolle nella metà inferiore del torace. Cuore sollevato e spostato poco all'esterno: rumore sistolico lieve; secondo tono normale. Fondo dell'utero un dito sotto l'ombellico. Fegato al 5° spazio in alto; quattro dita sotto l'arcata costale in basso; a margine tagliente liscio. Milza arriva quasi sulla linea bisiliaca e in alto si delimita al 7° spazio sull'ascellare media. L'esame ematologico dà il reperto di un'anemia intensa (gl. rossi 1.150.000; gl. bianchi 5000; Hb. (Sahli) 18; indice di colorazione 0,78) con la seguente formula leucocitaria: neutrofili 79 %; basofili 1 %; linfociti 13 %; mononucleati 3 %; mielociti 4 %. Poichilocitosi e anisocitosi notevoli (megalocitosi); numerosi eritroblasti basofili policromatici, ortocromatici ed emazie con corpuscoli di Jolly. Scarsi megaloblasti. Emazie granulofilamentose 30 %. Negativo l'esame ripetuto del parassita malarico anche in goccia spessa e col metodo dell'arricchimento.

Si esegue la puntura della milza tre giorni dopo l'ingresso e si esaminano gli strisci previa colorazione con May Grümwald Giemsa: non tracce di pigmento malarico nè alcun elemento di fagocitosi; marcata megalocitosi ipercromica; meno evidente poichilocitosi. Scarsi megaloblasti nelle loro successive forme di evoluzione: da quelle basofile a quelle ortocromatiche. Taluni con il nucleo a struttura emocitoblastica. Numerosi elementi della serie eritroblastica; scarsi quelli della serie leucoblastica (per lo più mielociti neutrofili e eosinofili). Discreto reperto di plasmazellen; non piastrine. Molti linfociti.

Nell'urina molta urobilina.

Dopo alcuni giorni di osservazione durante i quali la febbre assume il tipo continuo remittente con massimi non oltre 38° e che non cede alle comuni cure, il 18 si dà inizio alla epatoterapia somministrando da 290 a 300 gr. pro die di fegato di bue e aggiungendo un flaconcino di estratto di fegato (Exepa). Il giorno successivo si assiste alla nota immediata risposta alla cura, come reazione dell'organismo, attraverso l'aumento delle emazie granulofilamentose che raggiungono il numero di 50 % e di 60 % al quarto giorno. La malata prova un senso di euforia incredibile per la rapidità del mutamento; ritorna l'appetito, la febbre cade del tutto corrispondendo le ultime oscillazioni al 2° giorno dall'inizio della cura.

Dopo soli 9 giorni (26-VIII-31) il reperto ematologico è il seguente: gl. rossi 2.050.000; gl. bianchi 4500; Hb. 38; indice di colorazione 0,97; emazie granulofilamentose 52 %. È scomparso ogni elemento rosso nucleato. Attenuata la pochilo- ed anisocitosi e la formula ematologica si è molto modificata.

Dopo 13 giorni (1-IX-31): Gl. rossi 2.400.000; gl. bianchi 5000; Hb. 40; indice di colorazione 0,83; emazie granulo-filamentose 18 %. L'ammalata vuole uscire in queste condizioni; ma le notizie avute sul suo conto dopo 4 mesi confermano l'ottimo risultato della cura.

Ho voluto dare questo contributo di esclusiva utilità pratica nel campo della epatoterapia ed è mio desiderio di non varcare il limite della semplice constatazione dei fatti sembrandomi prematuro anche dopo i successi dell'epatoterapia nelle varie forme di anemia perniciosa ogni interpretazione sia relativamente alla patogenesi come al meccanismo di azione del fegato.

Desidero tuttavia nell'argomento mettere in rilievo alcuni fatti che concernano la terapia epatica in genere. In accordo con le conclusioni del Janet M. Vaughan confermo che la leucopenia può perfettamente rimanere invariata anche dopo la cura del fegato e avendone ottenuto il più insperato successo. Non ritengo perciò doversi dare all'aumento di leucociti il valore di primo segno di sicura reazione terapeutica, nè alla leucopenia il valore di una prognosi sfavorevole, tanto più che la costante crisi normoblastica che segue nei primi giorni la cura potrebbe facilmente falsare il conteggio dei globuli bianchi. È invece certamente primissimo segno dell'azione terapeutica lo stra-

biliante immediato aumento delle emazie granulofilamentose ed il miglioramento subiettivo del malato. Non ho tracciato è vero, le curve di Porter W. B. e Hazelwood J. che tendono a dimostrare come i reticolociti si trovino in cifre massime in circolo solo per ore brevissime ad intervalli di tempo, ma è certo che le nostre colorazioni vitali ripetute in ore diverse ci hanno dato risultati pressochè sempre uguali.

Anche la scomparsa dell'urobilina se è uno dei primi segni (Seyderhelm), non è certamente uno dei primissimi e ci sembra che questa distinzione possa avere il suo notevole valore nei casi come appunto quelli illustrati nei quali la rapidità dell'azione terapeutica è valutabile già a distanza di 48 ore.

Una constatazione che potrebbe avere un certo interesse ma che io non so interpretare riguarda la non corrispondenza nei primi giorni di cura tra l'aumento delle emazie a reazione granulofilamentosa e quello dei gl. rossi.

RIASSUNTO.

L'A. illustra tre casi di anemia perniciosa in gravidanza guariti con la cura del fegato.

BIBLIOGRAFIA.

ACHARD e HAMBURGER. Presse Médicale, n. 76, 1930.
BLAND-GOLDSTEIN e FIRST. Surgery and Gynecology and Obstetrics, giugno 1930.
BENSIS W. e GOUTTAS A. Le Sang, 1930, n. 2; 1932, n. 2.
CARLES J. XX Congresso franc. di Medicina. Montpellier, 1929.
CASTLE W. B. British med. Journ., 22-6-29.
CROSETTI L. Min. Med. a. IX, vol. I, n. 18, 1929.
ID. Accademia dei Fisiocritici. Siena, 14-12-28.
DESCAMP P. N. Medicine Balt., 1928, n. 877.
EWANS W. Lancet, London 1929, n. 14.
FERRATA A. Haematologica I, 1920.
ID. *Le Emopatie*. vol. II. Soc. Editrice Libraria, 1923.
ID. Rassegna Clinico-scientifica dell'Ibi, maggio 1929, n. 5.
FRONTICELLI. Bollett. ed atti dell'Acc. Lancisiana di Roma 1928, vol. II-III.
GIANNI G. Policlinico, Sez. Pratica, 1928, n. 43.
INTROZZI P. Archivio di Patologia e clinica medica, 1929, n. 3.
JANET M. VAUGHAN. The Quartely Journal of Medicine, vol. XXIII, 1929-1930.
LYON E. K. The Journal of the American Ass. n. 1, 1929.
MINOT. Citato da JANET.
PORTER W. B. e HAZELWOOD J. Arch. of int. med. 4, 502, 44, 1929.
PESERICO E. Soc. Med. chirurgica di Padova.
SYDERHELM R. Klin. Woch., 1928.
ID. Deutsch med. Woch., 41, ottobre 1929.
SCHILLING V. Ibid., 41, ottobre 1929.
SCHULTEN H. Deut. Arch. f. Klin. Med., 1932, Bd 172, fasc. I.
VILLA L. Haematologica, II, 1939.
VAIDYA J. V. Ind. Med. Journ, 1928, l. XIII, 247.
ZOLTAN LEITNER. Haematologica, 1929, I.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MAURIZIO BUFALINI — CESENA
SEZIONE MEDICA diretta dal Prof. E. MONDOLFO.

Le meningiti acute linfocitarie benigne.

Dott. AGOSTINO MORETTI, aiuto.
Dott. MOROELLO MORELLINI, assistente.

Il termine di meningite sierosa è stato introdotto alla fine del secolo scorso ed ha servito per lungo tempo ad indicare reazioni meningee della più svariata natura. Col volgere degli anni il capitolo della patologia che ad esse si riferisce è stato oggetto di numerosissime osservazioni tendenti da un lato a separare le forme morbose impropriamente classificate come meningiti, dall'altro a distinguere le meningiti sierose vere e proprie in due classi: quelle secondarie a stasi morbosi noti oppure primitive, ma riferibili ad una causa etiologica evidente, e quelle non aventi una etiologia dimostrabile.

Il primo passo è stato compiuto con la definizione di meningismo come stato di sofferenze dell'encefalo secondario a molte malattie infettive e decorrente senza che il liquor presenti alterazioni di tipo infiammatorio. Denominato dai francesi (Hutinel, Nobécourt) « reazione encefalo-meningea » e dai tedeschi (Matthes, Kirkheim, Schroeder, ecc.) « meningo-encefalismo » il concetto di meningismo è stato precisato in Italia dal Fornara il quale nel 1921 descrivendo un caso di meningismo tifico, osservava come accanto ad alterazioni dei riflessi da fare sicuramente ammettere una lesione localizzata all'encefalo vi fosse un liquor sotto tutti gli aspetti normale. Più tardi lo stesso A. in una comunicazione presentata all'XI Congresso di Pediatria precisava il concetto di meningismo come « reazione nervosa caratterizzata anatomicamente da lesioni spesso minime e solo istologiche a carico della sostanza cerebrale e clinicamente da sintomi cerebrali passeggeri e leggeri con liquor normale » da distinguersi da quello di meningite sierosa da assegnarsi alle « reazioni meningee con quadro clinico meningitico più netto e più sicuro e con alterazioni infiammatorie a carico del liquor (iperalbuminosi, ipercitosi) ».

Occorre però rilevare come la definizione di meningite sierosa quale è stata data dal Fornara non sia universalmente accettata. Alcuni (Claude, Buetter, Di Marzio, Ajala, Pedrazzini, ecc.) usano lo stesso termine per quelle forme caratterizzate da ipertensione endocra-

nica per aumento del liquor, simulanti il tumore cerebrale, e nelle quali il liquor non presenta alterazioni qualitative. Per altri infine la stessa definizione vale per tutte le forme caratterizzate da quadro clinico meningeo, da liquor iperteso, chiaro, sia esso alterato o meno, presenti cioè aumento delle cellule e dell'albumina oppur no.

Ma un tale concetto basato soltanto sull'aumento di pressione del liquor non sembra logico, venendo in esso incluse forme tra loro molto diverse quali le reazioni meningee acute a liquor con carattere infiammatorio e le sindromi da ipertensione endocranica con liquor aumentato di quantità, ma qualitativamente normale. Per queste ultime forme, che dai vari AA. hanno ricevuto denominazioni diverse (meningiti sierose croniche, idrope cerebrale, idrocefalo acquisito interno idiopatico, ecc.) il Fornara propone il termine di « idrope cerebro-spinale ».

Viene così ad essere nettamente isolata la forma morbosa di cui vogliamo intrattenerci.

Occorre ora distinguere tra meningiti sierose acute primitive e secondarie. La distinzione è più apparente che reale e deve essere accettata soltanto in vista dell'impossibilità in cui veniamo spesso a trovarci di attribuire queste forme a un virus noto.

Tra le meningiti sierose acute ad etiologia nota vanno ricordate quelle dovute a sifilide congenita o acquisita, alla parotite, alla spirochetosi ittero-emorragica, al reumatismo articolare, agli elminti, all'herpes, al saturnismo; non bisogna dimenticare che si sono anche verificati casi di m. tubercolare (o di meningiti sierose in tubercolotici?) con esito in guarigione.

Ma accanto a queste forme, pur rare, ma che non lasciano dubbi circa l'agente patogeno che le determina, ve ne sono altre di interpretazione ben più difficile. I numerosi AA. che si sono occupati dell'argomento hanno dovuto forzatamente ammettere che, se per qualcuno di questi casi può essere avanzata una ipotesi etiologica più o meno attendibile, in base a criteri clinici ed epidemiologici, per altri ciò non è possibile, mancando qualsiasi dato utile anamnestico o di laboratorio. Da ciò discende la necessità di una classificazione a parte e di una denominazione che lasci impregiudicata la natura di essi: donde i termini di meningiti sierose primitive o di meningiti acute linfocitarie benigne, per il particolare reperto citologico del liquido c.r.e. per l'esito, nella maggioranza dei casi, favorevole.

***

Accenneremo brevemente alla sintomatologia clinica di questa affezione. Ne sono colpiti di solito soggetti giovani. Questo fatto già rilevato dal Rist, non ha ricevuto ancora una spiegazione plausibile. L'inizio è in genere acuto. L'ammalato in pieno benessere, è colto da cefalea intensa. La febbre è di tipo continuo, spesso di poco superiore alla norma. Lo stato generale si aggrava rapidamente: compare vomito, rigidità nucale, segno di Kernig, dermografismo. Il polso nel periodo acuto è raro, l'addome avvallato; esiste fotofobia. Non raramente si riscontra un leggero deficit dei nervi cranici, specialmente a carico dell'abducente, dell'oculomotore, del facciale. Il sensorio resta pressochè normale; i pazienti conservano anzi un aspetto nettamente in contrasto con la gravità dei sintomi meningei.

A malgrado dell'inizio rapido e dell'imponenza del quadro morboso, la malattia ha un decorso di solito breve; l'esito di gran lunga più frequente, è la guarigione. Gli esami culturali, le prove biologiche attuate allo scopo di accertare l'esistenza di un germe capace di dare origine alla sintomatologia descritta riescono negativi. Su questo dato e sul particolare reperto del liquido cefalo rachidiano si fonda la diagnosi. Il liquor fuoriesce alla puntura lombare sotto pressione superiore al normale ed è di aspetto limpido. L'esame citologico dimostra una forte leucocitosi costituita quasi esclusivamente da linfociti (in media 150-200 elementi per mmc.). Notevole è pure l'aumento dell'albumina e delle globuline. La reazione di Pandy risulta positiva; qualche volta il liquor forma reticolo, sebbene ciò non si osservi nella maggioranza dei casi. Nessun comportamento particolare hanno le reazioni colloidali. Come s'è detto, la prognosi è fausta. Anche spontaneamente il grave quadro clinico tende alla risoluzione in un periodo di solito breve (8-10 giorni). Sono rari i casi descritti nei quali la malattia si è protratta per un periodo superiore o ha portato all'esito letale.

La puntura lombare ha in genere un'azione benefica sulle condizioni dei pazienti: si attenua la rigidità nucale, scompare la cefalea. Si può dire anzi che in tale pratica consista attualmente tutta la terapia di codesta affezione. Nei casi a più lungo decorso all'esame del liquor estratto nelle successive punture lombari, si nota una diminuzione progressiva dei linfociti; egualmente meno evidente diviene la reazione di Pandy. Su tutte le osservazioni riportate dai numerosi AA., non

furono osservati postumi: non paralisi, non alterazioni psichiche o disturbi dovuti ad alterazioni dell'encefalo.

*
* *

Abbiamo detto sopra come la necessità di una classificazione di queste forme in un gruppo a parte sia data, oltrechè dal quadro clinico caratteristico e dal particolare reperto del liquor, anche dall'assenza assoluta di germi. Non sono tuttavia mancati i tentativi di interpretare questi stati morbosi come dovuti ad affezioni note. Citiamo, tra le più importanti, la poliomielite, l'encefalite, l'influenza.

Per quanto riguarda la poliomielite, è noto come il classico concetto di affezione localizzata esclusivamente al midollo spinale e precisamente alle corna anteriori con la conseguente e nota sintomatologia paralitica, abbia subito notevoli modificazioni. E' ormai dimostrato che la malattia di Heine-Medin può presentarsi con quadri clinici diversi e non facilmente riconoscibili per la possibilità di localizzazioni, oltrechè nel cervello, nei più diversi organi.

Basterà ricordare gli stati morbosi del cavo faringeo, dell'apparecchio respiratorio e digerente, precedenti la comparsa della paralisi flaccida, o risoluti senza nessun altro segno morboso, ma da doversi riportare in base a dati epidemiologici di indiscutibile valore, alla malattia di Heine-Medin. Ricordiamo ancora le alterazioni dei gangli linfatici del fegato, della milza e la riproduzione della tipica sintomatologia ottenuta inoculando in animali recettivi una emulsione di questi organi: tutti questi fatti stanno a dimostrare che la poliomelite deve essere considerata come una infezione di tutto l'organismo. Per le più svariate manifestazioni non accompagnate da sintomi paralitici, gli AA. pongono il termine di « forme abortive » o « forme fruste » della malattia di H. M. Tra queste occupa un posto importantissimo la meningite. Non è infrequente infatti riscontrare casi di meningite ad andamento benigno nel corso di epidemie di poliomielite. Così pure fu notato più volte in una stessa famiglia alcuni ammalare di forme gravi con esito in paralisi, ed altri di meningite ad evoluzione rapida e con esito di guarigione. Sono particolarmente importanti in proposito i lavori degli AA. francesi concernenti l'epidemia di poliomielite comparsa in Francia nel 1909. Specialmente Netter si schiera in favore dell'origine poliomielitica delle meningite sierose acute. Nella seduta della Société Médicale des Hôpitaux di Parigi del 18 novembre 1910, egli riferì su 14 casi di sua osservazione, nei quali erano rappresentate tutte le forme di passaggio tra le forme di poliomielite a inizio meningeo e le sindromi meningee pure. E con Netter è tutta una schiera di osservatori, quali Renault, Daireause, Maury, Chataignon, Tinel-Giry, Schreiber, ecc., i quali vengono a comprovare quanto aveva già scritto Pierre-Marie nel 1906, che « un certain nombre des décés considérés comme dus à la méningite, ne sont autre chose que des cas de paralysie infantile méconnue et dont les lésions ont amèné trop rapidement à la mort pour que le tableau clinique de cette affection ait pu se développer ».

Passando ora alla encefalite epidemica, diremo che è ormai dimostrato come in questa forma morbosa la presenza di linfociti e un aumento dell'albumina nel liquor sia evenienza abbastanza frequente. Non basta: sono stati osservati casi di encefalite a sintomatologia meningea predominante al punto da esser confusi clinicamente con la vera meningite. Così anche per la encefalite non bastano attualmente i limiti e la definizione primitiva. V'è anzi chi ha proposto il termine di meningo-encefalite epidemica e sostiene che in tutte le reazioni meningee di origine oscura è necessario pensare all'encefalite, che ancor più frequentemente della poliomielite sarebbe capace di dare origine ad un quadro clinico avente tutti i caratteri della meningite. La vera natura di queste forme risulterebbe dalla presenza contemporanea di sintomi, sia pur lievi, encefalici, quali sonnolenza e mioclonie, oppure, come per la poliomielite, da criteri esclusivamente epidemiologici. Basterà ricordare i lavori di Bériel, Lépine, Dumas, Adnot, Roy in Francia, di Stern, v. Economo, Siemerling, Wieland, Lichtwitz in Germania, di Bassoe, Barker, Cross, Kennedy ecc. in America. In Italia si è particolarmente occupato dell'argomento il Fornara in un lavoro pubblicato nel 1926. In esso l'A. concludeva « che nel gran capitolo della meningite sierosa acuta vi è posto per una forma meningea dell'encefalite epidemica ».

La terza malattia da prendere in considerazione è — come dicevamo — l'influenza. Complicanze nervose, quali psicosi, sindromi neurasteniformi e perfino vere forme cataloniche si sono verificate con una certa frequenza nella pandemia del 1889-90, più raramente in quella del 1918-19. Ricordiamo in particolar modo i casi pubblicati recentemente dal Mondolfo. Non infrequentemente l'influenza de-

corre con sintomi prevalentemente meningei, come cefalea, delirio, vomito, rigidità nucale, ecc. Queste sindromi, interpretate in un primo tempo come « meningismo grippale » o « pseudo-meningiti influenzali », sono oggi considerate come vere e proprie meningiti sierose ad andamento benigno. Il dato epidemiologico ha, anche per questa forma, un valore indiscutibile; con maggiore facilità si potrà parlare di meningiti influenzali quando ai segni meningei si associno dati clinici di natura influenzale più evidente. Sotto questo punto di vista sono interessanti i casi descritti da Silvestrini, nei quali dopo un periodo di infiammazione catarrale del naso e delle vie aeree superiori e contemporaneamente a fenomeni bronco-polmonari si stabilì una sindrome meningea da considerarsi, in base al reperto del liquor, come meningite sierosa linfocitaria. Casi analoghi sono stati descritti recentemente da Jenks e Radbill, Pagani-Cesa, Gibbens, Davis, Lawrence, Tobler, Weile, Dufourt, Reh, Wieland, D'Espine, ecc.

La disamina di queste tre entità morbose aventi la possibilità di dare origine ad identico quadro meningeo, ci porta a considerare la possibilità di un eventuale nesso etiologico tra di esse. A parte il fatto che tanto l'encefalite che la poliomielite e in minor grado la influenza colpiscono di preferenza soggetti giovani, è da rilevare come nella controversa questione dell'etiologia della poliomielite prevalga, ad opera specialmente di AA. americani, l'opinione che debbano essere chiamati in causa gli streptococchi e come alla stessa etiologia, ad opera degli stessi AA. venga attribuita anche l'influenza e l'encefalite. Citiamo fra tutte le ricerche di Rosenow e Twone, di Greeley, di Mathers, di Jakson, di Hess, di Wheeler.

Ricorderemo ancora come recentemente Ekstein, Hossinger e Schlessinger, nel corso di una piccola epidemia di meningite sierosa siano riusciti ad ottenere, inoculando nelle scimmie il liquor, lesioni di tipo encefalitico. Lesioni analoghe — di tipo enecefalitico — furono pure determinate nelle scimmie dal liquor di un poliomielitico. Gli AA. si domandano quindi se la meningite sierosa debba essere considerata una malattia « sui generis » o come dovuta al supposto virus della poliomielite e dell'encefalite.

Circa i rapporti tra poliomielite ed encefalite, gli stessi AA. si domandano ancora se la poliomielite non possa essere considerata come una variante (poliomielitica) dell'encefalite.

Il problema esorbita dai limiti di questo modesto lavoro. Vogliamo solo rilevare la tendenza odierna di avvicinare tre forme morbose aventi tutte le possibilità di creare un quadro clinico di meningite sierosa e per rilevare ancora come, secondo l'opinione espressa dagli AA. citati, si sia indotti a mettere sullo stesso piano, accanto alla poliomielite, all'encefalite e all'influenza, anche la meningite sierosa come forza clinicamente a sè stante, ma avente con le precedenti un rapporto sul quale ancora non è possibile pronunciarsi definitivamente, oppure a creare un'entità morbosa etiologicamente unica, ma a diversa sintomatologia clinica (poliomielitica, encefalitica, influenzale, meningitica a decorso benigno).

Tornando ora alla meningite sierosa, ripetiamo che se in molti casi si hanno dati probativi circa l'agente determinante, talvolta questo sfugge completamente. La stessa Francia, che ebbe in primo tempo i sostenitori più entusiasti della natura poliomielitica di questa affezione, ne ebbe anche in seguito i più tenaci oppositori. Il perido bellico è particolarmente fecondo di osservazioni sull'argomento. Così Fiessinger e François comunicano casi di meningite a liquor chiaro senza nessuna relazione con la poliomielite e, d'altra parte, senza causa etiologica o microbica nota. Così Apert, Ledoux, Meeresmann, Nobècourt, ecc. Recentissimi sono i casi di Gallotti in Italia, di Sorel e Adoue in Francia, di Yovanovitch e Kosta Fedorovitch in Yugoslavia, di Fornara, Knauer, Roch, Barbier, ecc.

Merita particolarmente di essere ricordata la piccola epidemia di meningite linfocitaria benigna osservata da Ekstein nel 1930 a Düsseldorf. Si trattava in tutto di 13 casi. L'esame culturale fu negativo. In due casi l'inoculazione del liquor nelle scimmie riprodusse la malattia.

Ricordiamo ancora i 24 casi di Schneider, tutti ad esito favorevole. In un lavoro accuratissimo, l'A. passa in rivista tutte le varie etiologie abitualmente incriminate (poliomielite, encefalite, ecc.) senza concludere in favore di alcune di esse e confermando la necessità di mantenere per queste forme la denominazione di « primitive » finchè la clinica e il laboratorio non forniranno dati etiologici di sicuro valore.

*
* *

Riassunto così, per sommi capi, l'argomento che ci interessa, passiamo ad esporre un caso di meningite linfocitaria benigna di nostra osservazione.

P. Giuliana, di anni 13, da Martorano (Cesena). Genitori vivi e sani; due fratelli godono ottima salute. Una sorella fu ricoverata in questo ospedale circa tre mesi fa per meningite cerebrospinale e vi decedette dopo un brevissimo periodo di degenza.

La p. non ha avuto i comuni esantemi infantili, nè alcuna altra malattia degna di nota. Quindici giorni prima dell'ingresso in ospedale ebbe un leggero attacco influenzale caratterizzato da corizza, cefalea e modica febbre. Tali fatti erano quasi completamente risoluti in quinta giornata, cosicchè la p. aveva spontaneamente lasciato il letto. Ad intervalli però — a quanto riferirono i famigliari — accusava ancora un po' di cefalea.

Il giorno precedente all'ingresso, nel pomeriggio, improvvisamente fu colta da cefalea violenta, brivido e febbre alta. In serata le condizioni della malata, si aggravarono: comparve vomito dapprima alimentare, poi di liquame biancastro, schiumoso in scarsa quantità.

Il giorno seguente perdurando vomito e cefalea, viene trasferita in ospedale.

E. O. La m. è di costituzione regolare e in buone condizioni di nutrizione. Giace in posizione supina, con le gambe flesse. Lo stato generale è grave: polso frequente (130) poco valido, ritmico, tendenza al sopore. Interrogata, la p. risponde però con esattezza alle domande.

Rigidità evidente della nuca e del rachide. Pressochè normali i riflessi rotulei; assente il segno di Babinski, presente il Kernig.

Nessun disturbo della sensibilità termica o dolorifica, nè della motilità degli arti superiori e inferiori.

L'esame dei nervi cranici mette in evidenza una ptosi della palpebra superiore di sinistra e un leggero deficit del facciale dello stesso lato. La motilità dei bulbi oculari è normale. Le pupille sono di ampiezza normale, reagenti alla luce e all'accomodazione. Temperatura 38,2. Negativo l'esame fisico degli altri organi ed apparati.

Poco dopo l'ingresso viene eseguita una puntura lombare la quale dà esito a liquido limpido, sotto pressione notevolmente superiore alla norma. All'esame microscopico del sedimento si riscontra notevole reazione cellulare (circa 15 elementi — tutti linfociti — per campo ad immersione); assenza assoluta di germi. Esaminato a distanza di parecchie ore il liquor non ha formato reticolo.

Il giorno successivo si nota deciso miglioramento nelle condizioni della malata. Il sensorio è divenuto lucido, è quasi scomparsa la rigidità della nuca e del rachide, sono cessati i vomiti. Persiste notevole tachicardia. Il miglioramento prosegue nei giorni seguenti; in terza giornata di degenza la temperatura è ritornata alla norma e dei fatti obiettivi riscontrati all'ingresso non è rimasto che un lieve accenno al Kernig. Il polso è ritornato di frequenza pressochè normale (82 pulsazioni al minuto). In 14ª giornata di degenza (15ª di malattia) la m. viene dimessa completamente guarita. Anche attualmente, a distanza di circa quattro mesi, gode perfettamente salute.

Alcune brevi considerazioni sul caso riferito. Per il rapido decorso e il particolare reperto del liquor, il nostro caso dev'essere considerato come appartenente al novero delle meningiti linfocitarie benigne, delle quali abbiamo parlato sopra. E' da rilevare come una sorella della nostra malata fosse deceduta pochi mesi prima per meningite cerebro-spinale. Questo dato anamnestico ci fece sospettare in primo tempo che anche per la nostra paziente si trattasse di una forma analoga. L'esame del liquor non ci tolse subito il dubbio inquantochè è risaputo che nelle meningiti cerebro-spinali il reperto di meningococchi nel liquor può comparire a distanza di qualche giorno dall'inizio dei sintomi meningei; nè la presenza pressochè esclusiva di linfociti nel liquor era sufficiente ad escludere una forma meningococcica. Solo il rapido attenuarsi della grave sintomatologia clinica indirizzò la diagnosi piuttosto verso una forma di meningite linfocitaria benigna.

Per ciò che riguarda l'etiologia è da tener presente che la malata aveva avuto un leggero attacco influenzale quindici giorni prima; da esso non era, con ogni probabilità, completamente guarita, essendole rimasta un po' di cefalea. Successivamente si ebbe una vera localizzazione meningea del virus influenzale. Meningite linfocitaria quindi da influenza, o, più esattamente, meningo-encefalite influenzale per la contemporanea comparsa di segni indubbi di localizzazione cerebrale. La possibilità di una tale evenienza nel corso di una meningite linfocitaria è già stata dimostrata ampiamente. Cito per tutti il caso recente del Gallotti nel quale fu notato deficit motorio a carico dell'arto superiore sinistro e un segno di Babinski pure positivo a sinistra. Nessun elemento noi potemmo ricavare che ci autorizzasse ad attribuire il caso di nostra osservazione alle altre due affezioni che con la influenza si contendono l'etiologia di questa forma morbosa: l'encefalite epidemica e la poliomielite.

Accenneremo anche brevemente ad un secondo caso che per i dati clinici è paragonabile a quello su riferito. Trattavasi di un ragazzo dodicenne ricoverato nel nostro ospedale a un mese circa di distanza dal primo. Anch'esso quindici giorni prima dell'ingresso in ospedale aveva presentato cefalea violenta e febbre alta. Nei due giorni seguenti tale sintomatologia sembrò attenuarsi; scomparve la febbre e diminuì la cefalea. Senonchè due giorni prima che pervenisse alla nostra osservazione fu di nuovo colto da cefalea cui seguirono vomito e rigidità nucale. Inviato in ospedale presentava ancora un accenno al Kernig e alla rigidità della nuca. Non ci fu possi-

bile praticare la puntura lombare essendosi a ciò opposti i parenti in vista delle migliorate condizioni del malato. Il medico curante da noi interpellato ci informò di aver riscontrato i segni classici di una meningite, da lui ritenuta di natura tubercolare.

Dovendo necessariamente escludere tale diagnosi in base al decorso rapido e all'esito favorevole, non ci rimase, come più probabile, che l'ipotesi di una meningite sierosa benigna ad etiologia ignota. Già dicemmo come non ci sia stato possibile accertare il nostro sospetto diagnostico con l'esame del liquido cefalorachidiano.

Non ci è sembrato fuor di luogo citare anche questo secondo caso, clinicamente evidente, sebbene mancante delle necessarie ricerche di laboratorio, perchè esso costituisce una conferma alla tesi che non è oggi possibile accertare in tutti i casi l'etiologia di queste forme meningitiche. Dobbiamo quindi concludere col Brèlet che « accanto alle reazioni meningee linfocitarie di natura non tubercolare quali le meningiti sifilitiche, zosteriane, erpetiche, poliomielitiche, encefalitiche, influenzali, resta sempre una meningite linfocitaria acuta di natura indeterminata ».

RIASSUNTO.

Dopo aver definito il concetto di meningite acuta linfocitaria benigna ed esposta la sintomatologia clinica di questa affezione, gli AA. passano in rassegna le varie forme morbose che se ne contendono l'etiologia.

Da ultimo riportano due casi osservati nell'Ospedale « M. Bufalini » di Cesena, dei quali uno di natura influenzale, l'altro ad etiologia ignota.

BIBLIOGRAFIA.

Per la bibliografia sull'argomento rimandiamo i lettori all'accuratissima monografia del FORNARA: *Le meningiti sierose acute apparentemente primitive*, ne La Clinica Pediatrica, fasc. 9, 1931. Vedansi inoltre:

1. ABEL e BRENAS. Arch. de Méd. des enfants, tome XXVIII, n 7, 1925.
2. ALAYOUANINE e PETIT-DUTAILLIS. La Presse Médicale, n. 662, 1931.
3. ALOIN. Journal de Méd. de Lyon, tome VII, n. 166, 5 dicembre 1926.
4. APERT. La Presse Méd., n. 71, 1931.
5. AYALA. La Riforma Med., n. 44, 1924.
6. BARBIER. La Presse Médicale, n. 25, 1930.
7. BELFANTI e VALAGUSSA. Industrie Grafiche Stucchi. Milano, 1931.
8. BENARD. La Presse Méd., n. 50, 1927.
9. BERIEL e DEVIE. Journal de Méd. de Lyon, tome VI, n. 128, 1925.
10. BERNARD e FREMAUX. Thèse de Paris, 1931.
11. BIRET. Ibid., 1931.
12. BOUCHUT e FROMENT. La Presse Médicale, n. 43, 1931.
13. CATTANEO. Rivista di Clinica Pediatrica, fascicolo III, 1924.
14. CHALLAMEL. La Presse Médicale, n. 62, 1931.
15. CHRISTIANSEN. Ibid., n. 64, 1928.
16. CLAUDE. Ibid., n. 64, 1928.
17. COMBY. Ibid., n. 29, 1930.
18. CORDIER, CROIZAT, COLLOMB e PLACHU. Ibid., n. 5, 1931.
19. COUDAT. Arch. de Méd. des enfants, pag. 27, 1923.
20. CURSCHMANN. Münch. Med. Woch., n. 25, 1923.
21. DAUNA. Thèse de Paris, 1931.
22. DAVIS. The British Journal of Children's disease, giugno 1911.
23. DELIE. Le Scalpel, 2 febbr. 1924.
24. DE LUCA. Rivista di Clinica Pediatrica, volume XXVIII, fasc. 8, 1930.
25. DI MARZIO. La Riforma Med., n. 44, 1924.
26. DUFOURT. Arch. de Méd. des enf., n. 7, 1922.
27. EKSTEIN. Zeit. f. Kinderheilkunde, Bd. 5, n. 50, 1931.
28. EKSTEIN, HOSSINGER, SCHLESSINGER. Zeit. für Klin. Mediz., vol. 118, 1-2, 1931.
29. FODOROVITCH. Arch. Serbes de Méd., f. XXXII. 1930.
30. GALLOTTI. Rinascenza Medica, n. 8, 1932.
31. GANDOLFI. Policl. Sez. Prat., n. 48, 1930.
32. GAUTIER e PEYROT. Rev. de Méd. de la Suisse Romande, 25 gennaio 1931.
33. GENTILI. Rivista di Clinica Pediatrica, v. XXX, fasc. 9, 1932.
34. GESTA. Thèse de Paris, 1930.
35. GIBBENS. The Lancet, n. 6, 1931.
36. GRAVIER. Pédiatrie, n. 5, 1931.
37. GREELEY. Journal of Labor. and Clin. Med., t. II, 1917.
38. GROSSMANN. Gyermekorvos Beitrage zur Budapestavosi Ujsag, n. 44, 1911.
39. HOLTZ. Deut. Med. Woch., n. 13, 1931.
40. KUNDE e KRABBE. Rassegna Intenaz. di Clin. e Ter., tome XII, n. 3, 1930.
41. JENK e RADBILL. Arch. of Pediatrics, volume XLVIII, gennaio 1931.
42. JOURNAUD. Thèse de Paris, 1931.
43. LAVERGNE, MICHEL e KISSEL. La Presse Médicale, n. 71, 1928.
44. LAWRENCE e RHEA. Arch. of Internal. Med., 1911.
45. MATHERS. Journal American Medical Ass., vol. LXVII, n. 14, 1916.
46. MATHIEU. La Presse Méd., n. 56, 1929.
47. MEDEA. Congresso Neurologico Internazionale, Roma, 31 agosto - 4 settembre 1931; La Presse Médicale, n. 83, 1931.
48. MONDOLFO. Riv. Ital. di Ter., n. 2, 1930.
49. MONNIER. Gazette Méd. de Nantes, 15 novembre 1930.
50. NETTER. Arch. de Méd. des enfants, pag. 633, 1911.
51. PAGANI-CESA. XIV Congresso Italiano di Pediatria, Firenze, 23-25 settembre 1931; Rivista di Clinica Pediatrica, fasc. 10, 1931.
52. PEDRAZZINI. Arch. di Pat. e Clin. med., fascicolo IV, vol. IV, 1925.
53. POREZ. La Presse Méd., n. 65, 1931.

54. ROCH. Revue méd. de la Suisse Romande, tome LI, n. 1, 25 gennaio 1931.
55. ROSENOW, TWONE, HESS. Journal of inf. disease, pag. 313, 1918.
56. ROUECHE. Les Concours Méd., n. 26, 1931.
57. SCHNEIDER. Wien. Klin. Woch., tome XIV, n. II, 1931.
58. SOREL e ADOUE. La Presse Médicale, n. 35, 1931.
59. TOBLER. Corr. bl. f. Schw. Aertze, 1927.
60. TROISIER, ERBER, MONNEROT, DUMAINE. La Presse Médicale, n. 25, 1930.
61. UGON. Archivos latino-americanos de Pediatria, vol. 20, n. 1, 1926.
62. VALERIO. Brazil Medico, n. 24, 1926.
63. VEDEL, VIDAL, ANSELME-MARTIN. Arch. de la Soc. des Sc. Méd. et Biol. de Montpellier et du Languedoc Méd., fasc. III, 1931.
64. WIESSENBACH, TURQUETY e DURUPT. La Presse Médicale, n. 47, 1927.
65. WIESSENBACH e BASCH. Annales de Médecine, tome XXVII, n. 1, 1930.
66. YOANNOVICHTZ. Revue de Méd. milit. Belgrad, n. 1, 1930.

L'ATTUALITÀ MEDICA

Problemi di "trasporto" nell'organismo vivente.

(BENNHOLD. *Klin. Woch.*, 50, 1932).

Un grandioso e complesso sistema di apporto e di eliminazione effettuantesi attraverso la fittissima rete dei capillari sanguigni costituisce — dice l'A. — il substrato fondamentale della nutrizione e del ricambio delle cellule.

Da un lato le sostanze vitali (dall'ossigeno all'acqua, ai sali, allo zucchero e ai lipoidi) debbono essere trasportate entro le cellule; dall'altro i prodotti del ricambio esogeno ed endogeno, e i veleni di varia natura, devono esserne eliminati; inoltre, ogni cellula deve ricevere quanto le occorre per i suoi bisogni e non di più, e deve difendersi da tutto quello che è eccessivo o che potrebbe nuocerle; infine, una regolare distribuzione del circolo è indispensabile alla ripartizione uniforme del calore.

L'organismo provvede con mezzi diversi ad assicurare la continuità e la regolarità del circolo, condizione prima di tutti questi processi di trasporto: il cuore lancia nei vasi una massa sanguigna che si dirama nelle reti terminali, arteriolocapillari, ivi rallentandosi in modo da permettere un attivo processo di scambi con i tessuti :il volume minuto del cuore sinistro è assicurato e regolato dall'entità del reflusso venoso al cuore destro.

L'aumento della frequenza del ritmo, e la ipertrofia del miocardio rappresentano i principali metodi di compenso con cui il cuore assicura la regolarità del circolo: ma anche il fegato e a milza — capaci come sono d'immagazzinare quantità anche notevoli di sangue — possono intervenire ed alleggerire il lavoro del cuore, tutte le volte che l'apporto del sangue venoso nell'unità di tempo divenga eccessivo.

Una più fine regolazione del circolo si osserva nel campo della muscolatura: quando un muscolo entra in attività, tutti i suoi capillari si aprono e si dilatano (Krogh), la sua irrorazione si moltiplica, mentre altri organi — come la milza o altri gruppi muscolari in riposo — cedono parte del loro sangue, onde fornire all'organo in attività quell'aumento di apporto di sangue che gli è necessario.

Fattori ormonici regolano il circolo: l'adrenalina e la pituitrina; e anche fattori chimici: l'istamina, l'acetilcolina, e il grado di reazione del sangue, l'acidosi avendo effetto vasodilatatore; [si aggiungano — come importanti elementi di regolazione cellulare del circolo — l'adenosina (Szent Georgy), e la IV sostanza di Lange e Felix. *N. d. R.*].

Il sistema venoso ha una parte importantissima nel regolare l'afflusso venoso al cuore: esso è soggetto a influenze centrali e locali. Anzitutto è stata dimostrata la presenza di nervi venomotori d'origine simpatica: inoltre si sa che l'adrenalina, l'acetilcolina e la pituitrina costringono le vene, che l'acidosi determina una venocostrizione e l'alcalosi una venodilatazione, tutto il contrario di quanto avviene per le arterie; e che infine, probabilmente attraverso i cosiddetti « Blutdruckzügler » o regolatori della pressione, le modificazioni della pressione entro la carotide provocano modificazioni del calibro venoso; l'aumento di costrizione venosa e viceversa.

Le vene del sistema portale, data anche la possibilità di un meccanismo di sbarramento (Mantreu e Pick) e quindi di accumulo di sangue entro il fegato, i seni venosi della milza [vedi Barcroft. *N. d. R.*], e il plesso sottopapillare della cute (Wollheim) rappresentano altrettanti regolatori del circolo venoso e dell'afflusso al cuore: la stessa funzione per il piccolo circolo hanno probabilmente le vene polmonari.

Oltre questi, altri elementi possono influire sul circolo: momenti psichici, ripienezza dell'addome, attività del torchio addominale; che, attraverso modificazioni emodinamiche, possono turbare notevolmente il circolo. Dalla contemporanea presenza di questi fattori, possono nascere pericolose interferenze circolatorie: l'esempio più semplice è dato dal collasso che si verifica nel bagno caldo fatto poco dopo un pasto, e che si spiega con l'impossibilità dei vasi cutanei, dilatati per il calore, di contrarsi, come dovrebbero, per mantenere un'adatta pressione nel territorio dello splancnico.

Malgrado la presenza di questi elementi perturbatori — e grazie all'intervento dei molteplici e attivi mezzi di compenso — il circolo si svolge con sufficiente regolarità e assieme

la normalità dei processi di trasporto. Per comprendere meglio come questi si svolgano, è necessario fare una distinzione netta tra organi situati nel circolo principale e organi situati nel circolo accessorio o secondario: i polmoni e il fegato, ad es., sono tra i primi; i reni tra i secondi. Ora, il circolo si svolge con impassibile regolarità da organo a organo e da tessuto a tessuto: esso non si dirige a preferenza verso questo o quel gruppo, non presenta correnti « dirette a uno scopo », ma solamente ruota nel senso unico, verso cui lo indirizzano tutti i meccanismi di regolazione prima indicati.

Ma allora come avviene che le sostanze dannose possano essere eliminate, per es., dal fegato, senza che si fermino prima in una delle reti capillari che esse hanno dovuto attraversare, per giungere sino a lui? In quale modo i vari organi ricevono ed eliminano le sostanze che loro servono, se il sangue circolante, prima che a loro, le ha offerte e ne ha ricevute da tanti altri organi?

In altre parole — e qui è il punto fondamentale del « problema del trasporto » — che cosa dà il suggello della specificità, della regolazione ad un fine, dell'adattamento condizionato, a codesta uniforme circolazione del sangue?

Per alcune sostanze, il problema del trasporto accenna a chiarirsi: per es. per l'ossigeno. I polmoni sono nel circolo principale, e questa è una condizione favorevole, giacchè tutto il sangue deve passare per essi: l'ossigeno nel sangue è sciolto nel plasma nella proporzione dall'1,3 % all'1,5 %, per il resto è labilmente legato all'emoglobina e se ne libera man mano che i tessuti per i loro bisogni assorbono dal plasma che li attraversa l'ossigeno ivi disciolto: così tutte le cellule sono ugualmente provviste di ossigeno.

I globuli rossi sono i veicoli del trasporto dell'ossigeno; rotondi, e perciò forniti di una larga superficie di scambio, facilmente deformabili, essi sono particolarmente adatti a questa loro funzione: la loro emoglobina funziona da deporto « intelligente » di O_2, di cui fornisce a volta a volta al plasma quella quantità che dalle esigenze locali dei tessuti è richiesta: dovunque, infatti la tensione del CO_2 è aumentata, e dovunque si accumuli acido lattico la dissociazione dell'unione ossigeno-emoglobina è favorita, e il rifornimento dei tessuti ampiamente assicurato.

Lo stesso si dica dell'eliminazione dell'anidride carbonica: l'acido carbonico ha un coefficiente di assorbimento 30 volte maggiore di quello dell'ossigeno, e una velocità di diffusione 15 volte più grande: d'altra parte l'ossidazione generosa del sangue è capace di eliminare dal sangue stesso la sua anidride carbonica, come appunto si verifica nel polmone: anche per l'anidride carbonica, i globuli rossi debbono considerarsi come vettori, specie nella loro componente globulinica.

Pure il trasporto dell'acqua nell'organismo si effettua in maniera simile; una parte si lega alle albumine del siero, e una parte resta libera nel sangue: tra le due frazioni regna un equilibrio costante, che risente delle oscillazioni della pressione sanguigna, endovasale. Quanto maggiore è questa pressione, tanto maggiore è la quantità di acqua che viene « spremuta » dalle albumine del siero e circola, libera, nel sangue: col diminuire della pressione sanguigna si può giungere al punto che essa discenda al disotto della pressione oncotica o delle albumine. ed allora non solo l'acqua non passa più dal sangue ai tessuti, ma ne viene attirata dai tessuti nel sangue.

Senza la funzione di trasporto delle albumine, come « veicoli », dell'acqua, questa si diffonderebbe immediatamente attraverso le pareti vasali, il cuore pomperebbe a vuoto, i vasi collabirebbero: le albumine, come si è detto, trasportano l'acqua e la cedono o l'assorbono a seconda del variare dell'equilibrio tra la loro pressione e quella del sangue.

Accanto a queste sostanze « ubiquitarie » che circolano dapertutto e di cui tutte le cellule hanno bisogno, ve ne sono altre (per esempio le sostanze estranee d'origine esogena o endogena) le quali circolano soltanto per giungere sino all'organo che deve eliminarle. Il circolo in sè non è capace di trattenere queste sostanze, in modo che esse non si arrestino prima di essere giunte al punto di sbocco, e neppure le membrane cellulari sono capaci di esercitare una difesa così elettiva.

È certo dunque che l'organismo deve porre in azione un qualche suo particolare meccanismo di protezione: e in realtà, si è visto, sperimentando con sostanze coloranti immesse in circolo, che esse si fissano immediatamente alle albumine del siero, perdendo così ogni loro individualità fisico-chimica; e divenendo particelle affatto inattive ed innocue delle albumine seriche stesse: ogni volta che queste ultime passano a livello del fegato vi cedono la loro parte colmata e questa, liberatasi dal suo legame, viene eliminata con la bile: i sali biliari, modificatori delle tensioni superficiali, sembrano essere gli agenti del distacco di questo legame. Avviene così che le albumine del siero legando a sè i corpi coloranti li « trasportino » senza danno per tutto il circolo, solo cedendoli man mano che attraversano il territorio del fegato: altre sostanze si eliminano attraverso il rene, probabilmente perchè a livello di questo organo si effettua la dissociazione del legame con le albumine. Questo stesso fenomeno s'è visto verificarsi per la bilirubina: si spiega così come la bilirubina — la cui origine extraepatica è da tutti ammessa — nata dal reticolo endotelio, ad es. del midollo, possa giungere, superando la rete capillare dell'intestino, sino al fegato ed ivi essere eliminata: anch'essa è legata alle albumine che la cedono solo a livello del punto di eliminazione: sia del tra-

sporto delle sostanze colmate che di quello della bilirubina, sono responsabili le frazioni albuminiche del siero, mentre le globuliniche trasportano invece la colesterina e i corpi lipoidosolubili.

Sulla natura dell'unione tra albumine-globuline del siero e queste sostanze, abbiamo poche notizie ancora: certamente si tratta di un legame lasso, forse sul tipo di quello che lega alle albumine l'acqua (v. prima).

Certo le albumine seriche appaiono particolarmente indicate a questa loro funzione di adsorbimento e di trasporto, data l'enorme superficie complessiva che esse presentano (circa 140.000 qm.): e si intravede come le loro modificazioni possono indurre a gravi danni del trasporto delle varie sostanze.

Con queste nuove idee le albumine perdono il loro antico significato di « elemento nutritivo » per acquistare quello più complesso di « elemento di trasporto »: ed è probabile che le loro modificazioni, ritenute patologiche, non siano che fenomeni di adattamento ai bisogni particolari dell'organismo.

V. SERRA.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

L'eredo-atassia cerebellare ed i suoi rapporti con la paraplegia spastica familiare.

(C. ACHARD. *Le Bulletin médical*, 1932, n. 50).

La patologia nervosa è particolarmente ricca di malattie ereditarie: ma l'eredità morbosa si manifesta in modo differente. Vi è l'eredità dissimilare che si fa sentire nell'etiologia di malattie molto differenti negli ascendenti e nei discendenti. Vi è l'eredità similare che agisce al contrario apportando nei discendenti le stesse malattie che negli ascendenti. È questa la eredità familiare od ovulare. Non è sempre facile determinare i caratteri propri della trasmissione ereditaria: Mendel ha cercato di definirli creando così i caratteri dominanti e i caratteri recessivi ereditari. In fatto di malattie nervose le leggi di Mendel sono state constatate dal Bateson nella corea ereditaria di Huntington: si è potuto aggiungere l'eredo-atassia cerebellare e la nevrite ipertrofica del tipo P. Marie. Fra le malattie familiali del sistema nervoso importante è la paraplegia spastica familiare che in una certa maniera può formare il nucleo di un gruppo importante di malattie familiali con sindromi diverse a guisa di catene laterali; talora però queste sindromi collaterali assumono un carattere primordiale onde la determinazione di familialità è spesso difficile a stabilire. Così è dimostrato da un caso osservato in una donna di 37 anni nella quale l'esame clinico permetteva di isolare tre gruppi di fenomeni: in prima linea una sindrome piramidale, con paresi degli arti e sintomi spastici, contrattura, esagerazione dei riflessi tendinei, clono del piede, sintoma di Babinski, incontinenza degli sfinteri (quest'ultimo sintomo propriamente è un sintoma di lesione midollare).

In secondo luogo si notava una sindrome extra-piramidale con lentezza dei movimenti col fenomeno della ruota dentata, con maschera faciale, parola lenta e monotona, tendenza al pianto spastico, tremore intenzionale, aritmia respiratoria; sono tutti sintomi in prevalenza pallidali. Infine una sindrome psichica rappresentata da un certo grado di infantilismo.

Interessante è l'inchiesta familiare: i nonni materni, uno dei quali aveva avuto una malattia nervosa mal precisata, con perdita della conoscenza, (A), avevano avuto 4 figli; uno zio della malata, (B), fu il più colpito, con paraplegia e tremore ed è morto a 40 anni senza figli. La madre della malata, (C), ed una zia (D), sono state colpite, la zia a 29 anni da paralisi con rigidità, tremore, disturbi intellettivi: dei suoi 12 figli, tre sono stati colpiti, una figlia, (H), di 27 anni da crisi convulsive, un figlio di 35 anni, (G), da movimenti involontari del tronco in avanti ed indietro; una figlia di 17 anni, (I), non mostra che l'esagerazione dei riflessi rotulei ed achillei. La madre della malata, morta in stato di alienazione, con paralisi degli arti, con trisma, con tremore delle mani, ha avuto tre figli di cui uno è il nostro malato, (E), ed un figlio, (F), morto a 38 anni e colpito a 30 da paralisi, tremore, disturbi mentali.

Così in questa famiglia 4 persone sono state colpite quasi come la nostra malata: la madre, un fratello, una zia, uno zio; si trovano, in aggiunta, disturbi nervosi in una cugina, in un nonno, in un cugino. Infine una cugina ha i riflessi accentuati, preludio forse della malattia che andrà a scoppiare verso i 30 anni. È verosimile che in tutti questi soggetti è lo stesso principio, trasmesso ereditariamente, che altera il sistema nervoso, localizzandosi un poco differentemente a seconda gli individui. Come può classificarsi una tale osservazione? Fu Strümpell a dare nel 1880, e poi nel 1887, la prima descrizione della paraplegia spastica familiare osservata in due fratelli, con una autopsia. Poi vennero le osservazioni di Reb, Soques, Melotti e Cantalamessa, Raymond, ecc. La malattia inizia generalmente fra gli 8 e i 15 anni, alla stessa età press'a poco nei membri di una stessa famiglia (malattia famigliare omocroma). Si è distinto un tipo giovanile, iniziante a 15 anni, ed un tipo tardivo, verso i 30. Si conoscono casi tardivi (40-56 anni) e casi precoci (1 anno-16 mesi).

È stato notato qualche volta prima dell'insorgere della paraplegia, una malattia acuta, (causa coadiuvante): vaiuolo, morbillo, od un trauma. I primi ad essere notati sono i disturbi del-

l'andatura: pesantezza alle gambe, la marcia si fa sulle punte dei piedi, prendendo il tipo spastico; a poco a poco la contrattura in flessione rende la marcia difficile. Nel letto si constata la rigidità muscolare, l'esagerazione dei riflessi tendinei, il clono, il Babinski. Sono i sintomi che caratterizzano la tabe dorsale di Charcot, stato morboso che si deve oggidì considerare più che come una malattia sistematica del midollo, una sindrome di degenerazione dei fasci piramidali del midollo consecutiva a lesioni diverse. In alcuni casi di paraplegia spastica si sono visti i sntomi oltrepassare gli arti inferiori e raggiungere il tronco ed anche gli arti superiori. Il viso è quasi sempre risparmiato, abbenchè vi siano state notate contrazioni e tremore. In genere gli sfinteri sono rispettati, nè vi sono disturbi sensitivi e trofici. Talora si può vedere una lieve atrofia muscolare. L'intelligenza di regola è normale. La puntura lombare in genere dà un liquido normale. Alla sindrome di paraplegia spastica possono associarsi altre sindromi: sintomi di sclerosi a placche, sintomi cerebello spastici, sintomi coreici. Rhein, cercando di fare una classificazione, distingue le seguenti forme:

Una forma pura, limitata agli arti inferiori; una forma con lesione degli arti superiori; una forma con sintomi cerebellari; una con sintomi bulbari; una con atrofia muscolare; una con sintomi di sclerosi a placche; una con diplegia spastica. Ma le forme si potrebbero moltiplicare perchè esistono casi nel mezzo di disturbi svariatissimi, esistono forme familiari di transizione: Jendrassik ne distingue 24. È necessario ritenere questi complessi come altrettante malattie distinte? No di certo: sono tipi clinici la cui causa ci sfugge, e caratterizzati dalla localizzazione delle lesioni, non dalla natura delle lesioni. Noi dobbiamo attualmente considerare queste malattie nervose familiali, come sindromi anatomo-cliniche rispondenti ad un insieme di sintomi derivanti dalla medesima localizzazione della lesione nervosa. Queste sindromi possono osservarsi isolatamente ovvero mescolarsi in gradi diversi sotto forma di sindromi associate numerose.

Così per quel che riguarda la paraplegia spastica, anatomicamente definita dalla degenerazione piramidale spinale, si può distinguere la forma solitaria e forme associate nelle quali alla sindrome spastico-paralitica si associano frammenti più o meno importanti della tabe di Friedreich, dell'atassia cerebellare, delle sindromi bulbari, extrapiramidali ecc. Le lesioni anatomo-patologiche sono sovratutto degenerative e sclerose: sclerosi combinata dei fasci piramidali, del midollo, dei fasci cerebellari diretti, dei cordoni di Goll. L'inizio della lesione sembra avvenire all'estremità distale dei neuromi, essendo la degenerazione ascendente nel fascio piramidale o discendente nei fasci cerebellari diretti e nei cordoni di Goll. Mancando lesioni meningee e lesioni della sostanza grigia, nella maggior parte dei casi venuti all'autopsia, non si possono fare che ipotesi sulla patogenesi della sclerosi. Queste lesioni nei casi puri di paraplegia spastica familiale sono differenti per topografia dalle lesioni delle altre due malattie familiali frequenti: malattia di Friedreich ed eredo-atassia cerebellare, essendo una sclerosi combinata estesissima nel primo caso, essendo invece la lesione spinale e limitata nel secondo. Nell'eredo-atassia cerebellare, la atrofia del cervelletto è la lesione fondamentale, la sclerosi midollare interessa specialmente i fasci di Gowers e la parte marginale del cordone laterale. Anche i sintomi si distinguono nettamente nelle tre malattie: nella malattia di Friedreich, al contrario della paraplegia spastica, si osserva l'atassia degli arti inferiori, un'andatura tabeto-cerebellare, l'abolizione dei riflessi rotulei, l'assenza di clono spinale, di vertigini, di movimenti coreici, di scoliosi. Nell'eredo-atassia cerebellare i sintomi differenziali consistono nell'incoordinazione cerebellare, nelle scosse coreiformi, nella parola esplosiva, nel tremore della testa, con riflessi tendinei normali. Ma in alcune forme le sindromi si associano ed allora è più giusto dire che non bisogna fare una diagnosi differenziale fra la paraplegia spastica e le altre due malattie familiali; ma bisogna distinguere quanto spetta alla sindrome piramidale e quanto alle malattie associate. La eredo-atassia cerebellare potrebbe pertanto essere considerata come la paraplegia spastica, un centro di sindromi associate, che si aggrupperebbero a lei d'intorno come catene laterali. Ed è importante ricordare che i sintomi dell'atassia cerebellare possono essere mascherati da altri sintomi che predominano e che in vita non sembrano derivare da lesioni del sistema cerebellare. Malgrado ciò, nel caso caduto sotto la osservazione dell'Achard fu posta la diagnosi di paraplegia spastica: all'autopsia si ritrovò una degenerazione interessante sovratutto le vie cerebellari in punti ben determinati: contingente spino-cerebellare fino al bulbo inferiore, cellule del Purkinje nella totalità del cervelletto. La lesione piramidale era molto minore di quel che lo facessero sospettare i sintomi clinici. Vi erano dunque lesioni cerebellari e piramidali, ma queste meno importanti di quelle, mentre i sintomi clinici erano più piramidali che cerebellari.

Monteleone.

Considerazioni neurologiche sulla senilità.

(MacDonald Critchley. *Deutsche Med. Woch.*, 16 settembre 1932).

Il medico, il quale si sia dedicato allo studio delle malattie nervose dei vecchi, incontra nella sua pratica quotidiana difficoltà di vario genere. Le alterazioni patologiche della senilità possono manifestarsi in tutto il campo del sistema nervoso centrale e periferico, sì che la sintomatologia che può derivarne è svariatis.

sima. Nè d'altra parte i confini fra senescenza (sana) e senilità (patologica) sono così bene distinti da poter servire di criterio al pratico; sì che avviene spesso che un determinato sintoma o segno fisico è, a seconda del ragionamento personale del medico, considerato fisiologico o patologico.

Esistono poi una serie di fenomeni che, anormali durante la giovane età, possono benissimo essere considerati normali durante la vecchiaia: donde la necessità di stabilire alcuni determinati concetti di fisiologia più che di patologia della senilità così come esiste una fisiologia e patologia del lattante.

Certamente una gran parte dei disturbi nervosi della vecchiaia sono dovuti, più che ad una malattia vera e propria del sistema nervoso, ad una alterazione dei vasi sanguigni cerebro-spinali, fatto che rende comprensibile la frequenza nei vecchi di alcuni sintomi neurologici che possono essere considerati come normali, data la età avanzata. Quali sono questi sintomi?

Per quanto riguarda l'apparato motorio, le manifestazioni più evidenti sono l'incurvamento del tronco, la rarità e lentezza dei movimenti, un certo grado di rigidezza, mollezza muscolare generale, frequente mancanza del riflesso del tendine di Achille, con debolezza degli altri riflessi, talvolta presenza del segno di Babinski. Accurate ricerche della sensibilità cutanea dimostrano come questa sia generalmente diminuita specialmente per quanto riguarda la sensibilità dolorifica: si è visto infatti come i vecchi resistono al dolore degli interventi meglio che gli adulti normali. È anche frequente una diminuzione della sensibilità vibratoria.

Alterazioni a carico della pupilla e dei muscoli oculari sono meno note: è frequente la lentezza dei movimenti dei globi oculari, la torpidità della reazione pupillare alla luce ed alla accomodazione, che può giungere fino alla rigidità pupillare. Dal punto di vista puramente neurologico, le alterazioni della psiche, che possono giungere fino alla demenza senile, sono i disturbi che più frequentemente si incontrano nella età senile. L'eccitazione mentale presenile (sindrome di Pick e sindrome di Alzheimer, presbiopenia) è disturbo più raro.

Fra i disturbi dell'apparato motorio troviamo un vasto gruppo di *paraplegie della vecchiaia*. Queste presentano un quadro clinico ben netto, basato su alterazioni anatomo-patologiche, che possono aver sede in varii punti del sistema nervoso, nella corteccia, nel midollo spinale, nei nervi periferici e nei punti d'unione fra nervi e muscoli: alcune di queste lesioni sono di natura arteriosclerotica, mentre altre sono da imputarsi a modificazioni senili del neurone. Anche la *paralisis agitans* è da alcuni autori considerata come alterazione involutiva di un determinato sistema di neuroni. Malattie del cervelletto sono rare: è stata descritta però una sindrome da alterazione del ponte-olive-cervelletto.

Fra le manifestazioni ipercinetiche della senilità sono da considerare la *corea senile* e la rara sindrome della *atetosi senile*.

È da ricordare infine la *epilessia senile*: per quanto nella maggior parte di questi casi siano facilmente riscontrabili alterazioni arteriosclerotiche dei vasi cerebrali, pure in alcuni casi queste mancano.

Concludendo, la senilità del sistema nervoso deve essere considerata come un processo diffuso a tutto il sistema cerebro-spinale; notando però come essa si manifesti, tanto nella vecchiaia fisiologica che patologica, con alterazioni più accentuate a carico del sistema nervoso extrapiramidale. G. LA CAVA.

Epilessia ed ipoglicemia.

(G. BOUCHE. *Le Scalpel*, 21 genn. 1933).

Allorchè si vide nell'ipoglicemia sperimentalmente indotta, ad esempio, nel coniglio, determinarsi una sindrome convulsiva, seguita da coma, alcuni clinici furono tentati ad immaginare un'interpretazione analoga dell'epilessia umana. Ed in realtà osservando casi di crisi ipoglicemica, non si può a meno di rilevare tutti i caratteri che essa ha comuni, sopratutto nelle sue manifestazioni corticali, con l'accesso comiziale: assenze, stato confusionale con incoerenza, crisi maniache e convulsive, con caratteri tipici d'incoscienza ed amnesia. Ma è veramente possibile di parlare di rapporto patogenetico ipoglicemia-epilessia? Si può dare una interpretazione emochimica di tal genere, dell'accesso comiziale?

Nell'uomo la crisi ipoglicemica come variazione emochimica può essere di due nature: o spontanea, almeno apparentemente, ed è rara evenienza, o provocata da incauto uso di insulina, ed è la regola.

Orbene, si deve tener presente che l'ipoglicemia sia nell'uno che nell'altro caso, non è per nulla affatto accompagnata obbligatoriamente dalla sindrome ipoglicemica clinica.

Il chè vuol dire che l'ipoglicemia non è il solo fattore etiologico dei disturbi, che si è soliti qualificare ipoglicemici.

Infatti per quanto si riferisce alle *ipoglicemie spontanee*, esse o sono tollerate senza alcun inconveniente, o danno qualche fenomeno nervoso; ma il livello glicemico sotto il quale compaiono i disturbi, non è fisso nemmeno nello stesso individuo.

E l'osservazione delle crisi *ipoglicemiche da insulina* somministrata in eccesso, ci ha insegnato che i disturbi così detti ipoglicemici, si producono talvolta all'infuori di ogni ipoglicemia, e talora anche in iperglicemia.

Ne viene, che non sarebbe arbitrario il concludere che l'ipoglicemia come tale non è la

sola causa degli incidenti, diremo clinici, che vi si accompagnano.

E allora, quale importanza potremo attribuire alla pura e semplice ipoglicemia, tra i fattori etiologici degli accessi epilettici?

Tale quesito si pone l'A. riferendo un caso, l'unico da lui osservato tra molti di mal comiziale, in cui alla sindrome epilettica si associava una notevole ipoglicemia (0,56 ‰).

L'osservazione del caso, l'esperimento durante il trattamento, di terapia antiepilettica classica, ed iperglicemizzante, pongono l'A. in condizione di poter dire autorevolmente che l'ipoglicemia, in tal caso, non aveva parte alcuna nella genesi degli accidenti epilettici. Non sarebbe che un eccitante delle cellule nervose, già in altra via lese, e pronte a rispondere in modo particolarmente attivo.

Essa potrebbe dunque far scoccare l'accesso epilettico, pur senza aver parte diretta nella sua etiologia. Converrà perciò evitarla, come l'alcool, la stricnina, l'iperpnea e gli altri eccitanti, capaci di suscitare la crisi.

M. Coppo.

La cura chirurgica della cefalea emicranica.

(D. G. Dickerson. *Journ. Nervous and Mental Disease*, gennaio 1933).

Malgrado i numerosi studi fatti al riguardo l'etiopatogenesi dell'emicrania rimane tuttora poco chiara.

Nell'emicrania tipica la cefalea è di solito preceduta da un'aura visiva che può durare da pochi minuti a mezz'ora e più. Si tratta per lo più di uno scotoma scintillante che si allarga gradatamente fino ad occupare una metà della retina. Esso può colpire ambo i campi visivi, destro o sinistro, di solito nella parte controlaterale alla cefalea. MacMallin ritiene che nei singoli casi sono alterate parti differenti del meccanismo visivo. L'emianopsia omonima con scotoma bilaterale indica un'alterazione della conduttività nella parte posteriore al chiasma nelle vie visive o nei rispettivi centri corticali. Di solito lo scotoma comincia come un lieve difetto prossimo al punto di fissazione della retina e si estende lentamente verso la periferia. Ciò indicherebbe la presenza di qualche alterazione vasale nella corteccia.

La cefalea è di solito unilaterale. Spesso i pazienti descrivono una netta linea di demarcazione che passa fra la metà del cranio nel senso anteroposteriore, come limite tra la parte dolente e quella sana. Molti localizzano il dolore nella regione frontale sempre da un lato. Sono registrati casi di emicrania bilaterale.

La cefalea ha inizio rapido e aumenta gradatamente d'intensità.

Alcuni pazienti riescono ad alleviare il dolore, almeno temporaneamente, mediante la compressione della carotide. Ciò tende a dimostrare l'esistenza di alterazioni della circolazione nel campo della carotide e delle arterie cerebrali. Si tratta di uno spasmo vasale della circolazione, che per lo più si verifica nel centro visivo, nel centro del linguaggio e nei centri sensitivi della faccia e degli arti superiori.

Quando si tengono presenti le relazioni tra carotide, nervi oculomotori e le fibre oftalmiche del trigemino si spiega come i disturbi vasomotori nel campo di distribuzione della carotide possano dare anche l'emicrania oftalmica con sintomi di paresi degli oculomotori.

In qualche caso l'aura sensoriale è localizzata alla faccia, alla lingua, ad una mano, ad un braccio, e talvolta si ha anche anosmia transitoria.

Tra i sintomi concomitanti o premunitorii vanno anche annoverati quelli simpatici. Clinicamente si ha un'emicrania bianca caratterizzata da pallore della faccia, diminuzioni della perspirazione e talvolta midriasi, ed emicrania rossa caratterizzata da congestione del volto, miosi, iperidrosi e lacrimazione.

In qualche caso si ha solo anosmia transitoria, parestesia di metà della faccia e di una mano e vomito, senza cefalea.

Sono stati descritti casi di emicrania a tipo addominale con attachi simili a quelli della appendicite o a crisi tabetiche.

Talvolta l'accesso si limita ad un attacco di vertigine con emianopsia omonima, o ad un obnubilamento più o meno accentuato della coscienza.

In ogni caso tra un accesso e l'altro lo stato del soggetto è normale.

Le cause che scatenano l'accesso non sono note. Attualmente si ha tendenza a considerare l'emicrania come una reazione allergica.

Comunque il fatto fisio-patologico che sta alla base della sindrome è un disordine vasomotore. Sembra che i sintomi prodromici siano provocati dallo spasmo dei vasi, e la cefalea alla successiva dilatazione dei vasi stessi.

Il cervello è del tutto privo di sensibilità: quindi la cefalea non può essere che l'espressione di un'eccitazione esercitata sulle meningi, sopra tutto sulla dura madre. Questa per altro pare che sia sensibile solo in prossimità dei vasi.

La cefalea quindi sarebbe prodotta da un ingorgo delle arterie meningee.

Partendo da questi presupposti etiopatogenetici l'A. è venuto alla conclusione che la legatura dell'arteria meningea media debba avere una favorevole influenza sull'emicrania.

Egli ha praticato tale trattamento in sette casi con buon risultato.

Dr.

Sulla formazione di valvola nella trapanazione decompressiva.

(H. KÜMMEL JR. *Zbl. f. chir.*, n. 21, 1932).

Malgrado i progressi realizzati nella diagnosi topografica dei tumori cerebrali, parecchi casi giungono al tavolo operatorio con una diagnosi di sede incerta. In questi casi è necessaria una larga apertura sia per avere un più largo campo di esplorazione, sia per permettere una radioterapia e una decompressione più efficace. Sotto questo punto di vista la valvola di Cushing, attraverso un semplice sfibramento del m. temporale, appare limitata e insufficiente.

Perciò l'A. propone di praticare un'ampia craniectomia a base inferiore e un grande lembo durale a base superiore. Quando non si riesce a trovare il tumore si distacca lo scheletro dalle parti molli del lembo, si prepara il muscolo e la fascia temporale e se ne sutura il margine superiore col margine inferiore del lembo durale. Viene così formata una valvola sufficientemente solida ed elastica: l'elasticità viene accresciuta praticando dei piccoli tagli trasversali sulla fascia temporale.

L'A. ha adoperato questo metodo in 15 casi, fra cui alcuni in condizioni assai gravi: 5 morti e negli altri miglioramento notevole, specialmente in 5 casi in cui fu praticata la radioterapia. In nessun caso fu osservata la formazione di una vera ernia cerebrale.

G. PACETTO.

ARTRITI.

Operazioni sulla regione delle paratiroidi e reumatismo deformante.

(R. SIMON e J. WEILL. *Presse Méd.*, 16 marzo 1932).

Spetta ad Opel di Pietrogrado il merito di avere per primo trattato con successo casi di reumatismo deformante mediante la paratiroidectomia, partendo dal concetto che in questa categoria di malati vi è una alterazione del ricambio del calcio e dati i rapporti noti tra metabolismo calcico e funzione delle paratiroidi. Successivamente anche Leriche adottò tale mezzo terapeutico nella cura del reumatismo deformante con risultato favorevole. L'indicazione terapeutica veniva stabilita in base al tasso calcemico, e l'operazione veniva consigliata solo in casi di ipercalcemia. Fu osservato successivamente che effetti favorevoli venivano conseguiti anche in casi in cui un accurato esame istologico del materiale tolto con l'operazione aveva dimostrato che l'intervento non era stato eseguito sulle paratiroidi, bensì, dato il difficile riconoscimento a semplice vista di queste ghiandole in vivo, era consistito in una semplice asportazione di tessuto tiroideo o a volte anche di tessuto adiposo: in questi casi non poteva non colpire il pronto miglioramento che conseguiva ad un intervento apparentemente così insignificante. Ond'è che gli AA. pensarono di eseguire un semplice intervento sulla regione delle paratiroidi ma senza asportare nè le supposte paratiroidi nè altri lembi di tessuto viciniore: ed eseguirono l'intervento (« simulacro di paratiroidectomia ») su due casi di reumatismo deformante che vengono ampiamente illustrati e studiati anche dal punto di vista del ricambio del calcio prima e dopo l'operazione: la calcemia era risultata normale e quindi per interventi di questo genere l'indicazione non deve essere stabilita solo dopo riconoscimento di un tasso calcemico elevato sopra la norma: ciò mostra anche che i concetti relativi ai rapporti tra ipercalcemia e reumatismo deformante devono subire qualche revisione. I risultati terapeutici ottenuti nei due casi operati di solo apparente paratiroidectomia sono stati favorevoli e gli AA. si limitano a segnalare questo singolare risultato e a consigliare un tale tipo di intervento semplice e che non presenta alcun inconveniente e che è seguito da così buoni risultati senza dover ricorrere al mezzo di privare un malato di una ghiandola endocrina tanto importante e le cui funzioni non sono tuttora completamente conosciute.

CH.

Poliartrite acuta primaria e bacillemia tubercolare secondo Löwenstein.

(L. VERNETTI. *Riforma Medica*, 23 luglio 1932).

È già antica convinzione, risalente ai primordi dell'era batteriologica, che nei soggetti in preda ad un'infezione specifica tubercolare si verifichino in modo incostante e fugacemente dalle *poussées* bacillemiche. Ma i metodi che furono allora escogitati dai vari ricercatori onde comprovare sperimentalmente questa convinzione non diedero i risultati sperati; nè i metodi di esame diretto, nè la ricerca culturale del b. di Koch, che era considerata sino a poco tempo fa come vero virtuosismo di tecnica: il metodo biologico restava quindi il mezzo diagnostico più sicuro se pure il più lento ed il meno sensibile. Oggi la questione della bacillemia tubercolare è ritornata in onore: merito questo di uno scienziato viennese il quale si è in questi ultimi due anni imposto alla attenzione di tutto il mondo con affermazioni, frutto di una serie sistematica di ricerche sulla coltivabilità del b. di Koch dal sangue, che possono essere definite addirittura come mirabolanti. In grazia di un metodo di cultura molto complesso Löwenstein afferma infatti di essere riuscito ad ottenere culture di b. di Koch dal sangue non solo in tutte le varie forme di tbc. anche se non manifeste e silenti clinicamente, ma in tutta una serie di malattie, la cui parentela con la tubercolosi non era stata sinora neppure sospet-

tata lontanamente. Egli afferma infatti di avere ottenuto emoculture positive per il b. di Koch in casi di corea, sclerosi a placche, nevrite retrobulbare, demenza precoce, schizofrenia, per cui egli ritiene non sia da escludere la possibilità che le malattie mentali abbiano non solo un substrato luetico, ma anche tubercolare, accordandosi in ciò con la vecchia credenza della frequente coesistenza della tubercolosi con la pazzia. Ma ancora più importante è l'affermazione, fatta dal Löwenstein stesso, che il tanto ricercato germe del reumatismo articolare acuto non sia altro che il germe di Koch che sarebbe presente in gran quantità e facilmente isolabile nel sangue dei reumatici acuti. Anche qui la cosa non è del tutto nuova se si pensa che già prima della fine del secolo scorso Grocco e Poncet avevano isolato dai reumatismi acuti la forma chiamata in seguito *pseudo-reumatismo tubercolare di Grocco-Poncet.* Ma dal Löwenstein e dalla sua scuola il fatto è visto sotto altra luce: il Poncet ammette che esista una poliartrite di origine tubercolare, da distinguersi dal comune reumatismo articolare acuto: il Löwenstein allarga il concetto di Poncet e sostiene che la maggior parte delle poliartriti si debbono considerare come di origine tubercolare.

Egli afferma che l'insorgere del reumatismo si può spiegare con la contemporaneità di tre fattori: 1) bacilli di Koch; 2) permeabilità vasale; 3) allergia dei tessuti; e che il reumatismo articolare acuto debba essere considerato come una fase infiammatoria-essudativa nel corso di una reinfezione tubercolare.

L'importanza straordinaria delle affermazioni del Löwenstein ha fatto sì che in tutti i laboratori del mondo fiorissero le ricerche di controllo: e qui fu la delusione. Pochi, pochissimi ricercatori poterono confermare le esperienze dell'A. viennese.

Si sarebbe potuto pensare ad errori nella tecnica così delicata di prelevamento e di preparazione del terreno, qualora i risultati ottenuti nei vari laboratori non fossero stati così concordemente ed accanitamente negativi. Anche le ricerche dell'A. vengono a confermare l'opinione della maggior parte dei ricercatori. Egli, usando i terreni consigliati da Löwenstein, ha praticato l'emocultura in 72 casi di poliartrite, la maggior parte delle quali poliartriti primarie acute: in nessuno dei tubi seminati, neppure dopo 5 settimane, si ebbe a notare, sia macro che microscopicamente, alcun sviluppo di germi. La tecnica era quella descritta dal Löwenstein e scrupolosamente osservata.

Come allora spiegarsi le affermazioni di uno scienziato di chiara fama quale è il Löwenstein? Varie sono le interpretazioni proposte. Busson ha affermato che per dare importanza patognomonica al bacillo della tbc. nella genesi della poliartrite, bisogna assolutamente scartare tutti quei casi nei quali esiste una lesione specifica, ciò che il Löwenstein non ha fatto.

[Potrebbe infatti trattarsi, secondo quanto ha affermato il Sergent in una delle ultime sedute dell'*Académie de Médecine*, di scariche bacillari o « germi di sortita » la cui esistenza è ormai ben stabilita dalla clinica; oppure, secondo l'opinione di Léon Bernard, espressa nella stessa seduta, di migrazioni bacillemiche intermittenti, dovute all'esistenza del b. di Koch nell'organismo. E questo sempre qualora si ammetta che i germi ottenuti da Löwenstein nelle emoculture fossero effettivamente dei b. di Koch. - *N. del R.*].

L A. crede invece che il Löwenstein non si sia abbastanza assicurato se i corpi acido-resistenti che egli ricavava dalle sue culture fossero effettivamente dei b. di Koch. Il L. non spiega infatti il mancato svluppo macroscopico, anche dopo parecchi mesi di permanenza in termostato in quei tubi nei quali, a suo dire, esisteva una enorme quantità di bacilli diagnosticabili come b. di Koch mediante preparati batterioscopici, dato col quale non è possibile avere la certezza che si tratti di bacilli viventi in cultura e capaci di moltiplicare nè tanto meno esprimere un giudizio sulla natura dei germi stessi.

In sostanza il problema della bacillemia tubercolare, tale quale è, rimane nella sua primitiva oscurità: solo ricerche appassionate, pazienti e ben controllate serviranno a porlo un giorno in quella luce di realtà e di certezza, che è necessità imprescindibile per la scienza medica.

G. LA CAVA.

Artrite streptococcica sperimentale.

(L. G. HAYOPOULOS e R. BURBANK. *Journ. of Bone and Joint. Surgery*, luglio 1932).

Gli AA., iniettando degli streptococchi artrotropi fermentati su mannite ed isolati dal sangue di pazienti artritici afebbrili, sono riusciti a produrre in conigli delle lesioni articolari perfettamente simili a quelle che si trovano nelle artriti croniche nell'uomo. Essi sono riusciti a dimostrare questi microrganismi infettanti in tutte le lesioni facenti parte del quadro delle artropatie croniche atrofiche.

Gli streptococchi furono trovati in ogni parte della sinoviale in cui era possibile scoprire lesioni anatomiche. Nell'osso compatto non si trovarono streptococchi, ma la progressione dell'infezione nel tessuto osseo si poteva seguire passo per passo attraverso la rete vascolare midollare ed Haversiana. Le articolazioni normali, studiate contemporaneamente con lo stesso metodo, non dettero mai risultati positivi.

Onde completare lo studio del quadro mor-

boso, gli AA. hanno recentemente studiato lo stato dei tendini e dei muscoli in diretta connessione di vicinanza con le articolazioni malate. Essi non ebbero alcuna difficoltà a dimostrare la presenza di streptococchi in questi tendini in corrispondenza alla zona di proliferazione nucleare.

I muscoli erano infiltrati estesamente da streptococchi in corrispondenza della loro guaina. Lo studio compiuto ha convinto gli AA. che la progressione della malattia avviene direttamente attraverso i vasi sanguigni terminali, come in tutte le infezioni ematogene.

A parte la specificità elettiva artrotropica degli streptococchi usati in questi esperimenti, anche altri organi, specialmente il fegato e il rene, si mostrarono colpiti da alterazioni patologiche di natura tossica a carico del loro parenchima. Gli streptococchi poterono essere dimostrati nel tessuto connettivo interlobulare del fegato e talvolta anche nei vasi epatici. Questi fatti sarebbero, qualora dimostrati da ricerche di controllo, di grande importanza in quanto darebbero la certezza che l'artrite cronica reumatoide è malattia fondamentalmente sistemica, e spiegherebbero le setticemie transitorie che occorrono, ad intervalli, nel corso della malattia. G. LA CAVA.

Un nuovo unguento articolare per il trattamento dell'artrite deformante.

(KÖNIG W. *Zbl. f. Chir.*, n. 32, 1932).

La terapia dell'artrite deformante non ha fatto molti progressi. Una terapia causale è possibile quando vi sono corpi liberi articolari. La proteino-terapia e la terapia iodica non giovano nelle forme primitive, non infiammatorie (che l'A. distingue da quelle secondarie, infiammatorie). Un certo miglioramento si ottiene con la produzione di un versamento per mezzo di iniezioni di fenol-canfora ripetute (Payr).

L'A. dopo alcune ricerche sperimentali che gli hanno dimostrato l'innocuità del preparato, sia localmente che sull'intero organismo, ha adoperato nell'uomo, iniettandolo nelle articolazioni malate, un preparato iodico, lo *iodenol*, il quale contiene il 36 % di iodio in combinazione, ha viscosità uguale a quella del liquido articolare normale, è autosterile, fornisce ombra radiografica e permane a lungo nel cavo articolare (fino a 2 anni e 1/2 in un caso) senza alterarsi nè scindersi.

Finora ha applicato questo trattamento solamente al ginocchio. Fa precedere l'anestesia del cavo articolare con 10-12 cc. di novocaina al 1/2 %. Dopo fatto uscire il liquido anestetico, attraverso lo stesso ago inietta il preparato: la prima volta 1-2 cc., riscaldato a 30°-40° perchè sia più fluido. Nei giorni seguenti compare un versamento articolare, diminuisce il dolore e il paziente cammina meglio. Dopo alcuni giorni si pratica la 2ª iniezione estraendo 2-3 cc. di liquido articolare e reiniettandolo dopo averlo mescolato col preparato precedentemente messo nella siringa. Complessivamente l'A. è arrivato a iniettare, in diverse sedute, fino a 20 cc. di iodenol. Il trattamento può esser fatto ambulatoriamente.

In 17 casi di artrite deformante genuina primitiva così trattati ha avuto risultati eccellenti con guarigioni complete che si mantengono da alcuni anni.

Invece su 7 casi di artrite deformante secondaria ha avuto 3 guarigioni e 4 miglioramenti.
G. PACETTO.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

G. LUYS. *Traité de la blennorragie et de ses complications*. IV édition. Vol. di 686 pp. con 235 figure nel testo e 4 tavole a colori fuori testo. G. Doin et C.ie, éditeurs, Paris, 1932.

Il trattato del Luys, che gli studiosi di venereologia ben conoscevano, si ripubblica ora nella sua IV edizione, completamente rifatta per aggiunte e modificazioni, in veste tipografica corretta ed accurata, con numerose figure nel testo ed alcune tavole a colori fuori testo.

L'opera è divisa in 14 capitoli: nel primo è svolta sobriamente la storia della blenorragia da Mosè ai giorni nostri, così da offrire al lettore un quadro sintetico dell'evoluzione nei concetti etiologici e terapeutici in materia dalle idee oscure e confuse dei primi tempi sino alle più recenti acquisizioni scientifiche.

I capitoli successivi sono dedicati all'anatomia dell'uretra e dei suoi annessi, ai pericoli della blenorragia, alle cause di questo processo ed allo studio delle uretriti non gonococciche, all'anatomia patologica, alla sintomatologia delle uretriti blenorragiche ed alla loro diagnosi, ivi compresa l'uretroscopia e la relativa tecnica operatoria.

Il X e l'XI capitolo costituiscono la parte forse più importante dell'opera, almeno dal lato pratico. È in essi ampiamente svolta la cura della blenorragia acuta e cronica con una esauriente disamina di tutti i metodi antichi e recenti, tra i quali ultimi i sieri ed i vaccini, la jonoterapia, la diatermia, la chemioterapia ed il trattamento endovenoso con i derivati acridinici.

Va data qui lode all'A. per la serenità delle sue conclusioni e per la sua obbiettività nel giudicare questi più moderni sistemi di cura sulla cui efficacia si è forse da molti, come spesso accade per le cose nuove, alquanto esagerato.

Nel capitolo XII è studiata la blenorragia nelle donne e nei bambini mentre nel XIII

sono prese in esame le complicazioni del processo blenorragico (con un paragrafo del prof. Terrien per le complicazioni oculari ed un altro del dott. Laubry per quelle cardiache).

L'ultimo capitolo infine è riservato alla lotta sociale contro la blenorragia ed alla giurisprudenza in materia. Questa ultima parte, dovuta ad un magistrato, sarà letta con profitto anche in Italia ove le disposizioni sancite dal nuovo Codice penale hanno dato a questo argomento una maggiore importanza medico-legale.

Un indice analitico ed uno alfabetico per materia completano l'opera il cui valore è accresciuto dalle numerose buone figure, in parte originali, le quali contribuiscono di molto alla migliore intelligenza del testo.

Fra i non pochi lavori citati nel corso della trattazione scarseggiano quelli di autori italiani: malgrado questa ed altre lacune, giustizia vuole si dica che l'opera del Luys, frutto non di più o meno diligente compilazione, ma di larga esperienza personale e di profonda conoscenza dell'argomento, incontrerà senza dubbio il favore dal pubblico medico in genere e dagli stessi specialisti, i quali vi troveranno larga messe di utili cognizioni esposte con senso di arte e con quell'ordine e quella, direi, naturalezza proprii di chi è veramente padrone della materia e senza di cui, soprattutto per le opere come queste con fini essenzialmente divulgativi, non vi ha speranza di duraturo successo.

V. Montesano.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Der Weg zur rationellen Therapie. Hgg. v. A. Fraenkel. Un vol. in-8°, di p 183, con 35 fig. Edit.: Georg Thieme, Lipsia, 1933. Prezzo M. 10,80.

Si tratta di un gruppo di conferenze tenute ad una riunione organizzata dall'1 al 3 agosto 1932 in un ospedale di Heidelberg, in cui sono accolti pazienti colpiti da malattie interne allo stato cronico suscettibili di terapia medicamentosa.

Alla riunione hanno partecipato farmacologi e clinici. A. Fraenkel, organizzatore, traccia le linee generali della terapia scientifica; P. Martini tratta delle prove cliniche dei medicinali; sono poi presi in esame, da vari studiosi, a coppie (un farmacologo e un internista): il mercurio come diuretico, la terapia digitalica, l'insulina, la tirossina, il salvarsan (con il concorso di un serologo, H. Sachs), la vitamina D e l'epatoterapia.

L. V.

M. Villaret et L. Justin-Besançon. *Clinique et thérapeutique hydro-climatiques*. Un vol. in-8° gr. di p. 256. Edit.: Masson & C.ie, 1932. Prezzo fr. 30.

Questo volume dà le indicazioni delle cure idrominerali e climatiche nelle varie malattie: tubercolosi mediche e chirurgiche, pneumopatie non tubercolari (enfisema, sclerosi polmonare, asma, ecc.), nefropatie, litiasi urinaria, epatopatie, litiasi epatica, gastro-enteropatie, malattie della circolazione, reumatismi cronici, malattie cutanee e sifilitiche, ecc.; il volume si chiude con alcune nozioni sulla talassoterapia. I dati sono precisi, le indicazioni definite. Il volume ha per noi lo svantaggio di riferirsi unicamente alle stazioni idroclimatiche francesi.

A. P.

A. Ravina. *L'Année thérapeutique*. 1932. Un vol. in-16° di 176 pag. Masson e C.ie, Paris, 1932. Prezzo 16 fr.

Questo Annuario terapeutico (che è il VII della serie) è diventato parte importante della documentazione del medico, a cui apporta regolarmente ogni anno, in un succinto volume, il bilancio terapeutico dell'anno precedente e riassume i più essenziali fatti nuovi pubblicati nella stampa medica mondiale.

Molti medicamenti nuovi e molte tecniche si offrono ogni anno al pratico, che ne ha talora notizia casuale nei giornali medici, ma spesso senza conoscere con precisione le indicazioni, gli effetti e l'utilità nella pratica corrente.

L'A. espone qui, da una parte, le malattie ed i sintomi, dall'altra i metodi terapeutici, con l'aggiunta di alcune nuove medicazioni (in quest'anno, troviamo il nembutal, l'uso della pilocarpina nell'influenza e nella ritenzione di urina, del siero emolitico nelle malattie nervose, ecc.).

La consultazione è anche resa comoda da un buon indice per ordine alfabetico. *fil.*

S. Judine. *La transfusion du sang de cadavre à l'homme*. Un vol. in-8°, di p. 150, con grafiche. Edit.: Masson & C.ie; Parigi, 1933. Prezzo fr. 24.

Nel « Policlinico » venne già data notizia di questo procedimento audace e discretamente macabro, ideato ed attuato dal chirurgo russo Judine.

L'A. ora fa la storia dei propri tentativi, ispirati alle ricerche sperimentali di Karkoff; poi espone, in più capitoli, la tecnica definitiva messa in opera: scelta dei cadaveri; tecnica del salasso; conservazione del sangue; reazione di Wassermann e accertamento dei gruppi sanguigni; tecnica della trasfusione; dosaggio del sangue; infine vengono esposti i risultati terapeutici conseguiti in casi di anemie acute, *shocks* traumatici, cancro, malattie ginecologiche, ecc. È certo che non poche vite sono state salvate; ma non si vede proprio la necessità di utilizzare il sangue di cadaveri, quando si ha a portata quello di viventi. E non è a dire che i datori soffrano: lasciando all'organismo il tempo di ricostituirsi, il salasso sembra avere, piuttosto, un'azione benefica, il che darebbe ragione alla pratica medica dei nostri maggiori.

Il risultato più notevole delle ricerche dell'A.

è forse la prova della lunga conservabilità del sangue prelevato (parecchie settimane): si può dunque tenere una riserva di sangue e utilizzarla nei momenti del bisogno. L. V.

H. BEHRENDT. *Kinderärztliche Technik*. G. Thieme, Leipzig, 1933, MK. 6.

Al contrario di quanto è per l'adulto, non esiste, nella letteratura medica, un manuale nel quale siano raccolti tutti i dati riguardanti la tecnica pediatrica.

Spesso infatti il medico si trova nell'imbarazzo per ricercare le indicazioni precise di piccoli interventi diagnostico-terapeutici, da praticarsi in giovani soggetti.

Il volume del Behrendt colma quindi opportunamente una lacuna, trattando tutti gli argomenti di tecnica medica che riguardano i singoli organi e sistemi del lattante e del fanciullo e arricchendo la trattazione sobria e completa con numerose illustrazioni esplicative.

M. FABERI.

DIVAGAZIONI

Regime crudo.

I bisogni alimentari dell'organismo sono lungi dall'essere perfettamente precisati. Le formule determinanti il fabbisogno di sostanze azotate, grassi, idrati di carbonio, sali ed acqua corrispondono in media alle effettive esigenze quantitative della nutrizione, ma risolvono solo in parte il problema della qualità delle sostanze che formano gli ingredienti necessarî dei pasti dell'uomo. Tanto ciò è vero che le tendenze vegetariane ed animali sono sempre in contesa, ed ambedue portano validi argomenti a sostegno delle rispettive tesi. La pratica, prima ancora che sussistessero le due opposte tendenze, ha risolto il problema per proprio conto e nel miglior modo, con l'eclettismo.

A complicare le cose è intervenuta la dottrina delle vitamine, la cui importanza nell'attivazione dei processi nutritivi è fuori discussione e si va sempre più precisando.

Sorse la discussione sul comportamento delle vitamine in confronto del calore. La maggior parte degli autori ritiene che le alte temperature, sopra tutto quelle occorrenti per la sterilizzazione o la cottura, distruggono le vitamine contenute negli elementi. Da ciò la necessità di adoperare una dieta con elementi del tutto o parzialmente crudi.

La questione interessa sopra tutto i bambini, in quanto l'alimentazione ordinaria degli adulti nella società civile è così complessa e varia da assicurare il necessario contenuto vitaminico.

Tuttavia sembra che il regime crudo, a parte tale questione, ha per altri riflessi un'effettiva importanza pratica.

Il regime crudo in senso rigoroso consente l'uso esclusivo di vegetali e sopra tutto di frutta non cotte; frutta ricche di grasso: noci, avellane, olive; frutta secche: fichi, datteri, uva; la maggior parte delle frutta fresche: banane, pesche, pere, uva, aranci, limoni, ecc. e di legumi: carote, cavoli, lattuga, spinaci.

Con questi ingredienti sono state formulate numerose ricette per pietanze più o meno appetitose; sono state fatte anche delle concessioni sia riguardanti un leggero o breve riscaldamento degli alimenti e l'aggiunta di latte, di creme o di uova sotto forma di mayonnaise.

P. E. Morrardt (*La Presse Médicale*, 28 maggio 1932), rileva come una simile alimentazione, a parte il suo ricco contenuto vitaminico, ha caratteri che possono renderla utile in varî stati patologici.

Innanzi tutto è povera di cloruri, e come tale può riuscire vantaggiosa nelle condizioni nelle quali si richieda appunto la declorurazione.

È molto ricca di sali minerali e sopra tutto di sali di potassio, che si sostituisce nel plasma al sodio, e concorre così alla disidratazione provocata dal regime crudo le cui proprietà diuretiche sono spesso notevoli.

Il regime determina una tendenza all'alcalosi, favorendo l'eliminazione delle valenze acide quando queste hanno tendenza a prodursi in eccesso.

L'apporto di idrati di carbonio ed eventualmente di grassi è presso che quello ordinario; quel che difetta è sopra tutto il contenuto di albumina.

Un fatto paradossale si è che la ricchezza di acqua nei vegetali diminuisce il bisogno di bevande e riduce così il contenuto a acqua nei tessuti.

Negli individui sani il passaggio dal regime ordinario a quello crudo fa perdere di solito circa due chilogrammi di peso per diminuzione d'acqua nei tessuti ed in modeste proporzioni anche di cloruro di sodio. Questa diminuzione di peso, che è rapida, cessa per lo più in capo a tre giorni. La disidratazione così ottenuta determina un nuovo stato di equilibrio a livello ponderale leggermente inferiore.

Gli effetti quindi del regime crudo sul peso corporeo non sono molto sensibili e non sono progressivi insistendo nella medesima dieta.

D'altra parte esso non rimane a lungo andare innocuo. La quantità degli alimenti ingeriti e delle feci con contenuto indigerito, provocano rispettivamente disturbi dispeptici da dilatazione gastrica e alterazioni a carico del colon.

Questi inconvenienti però non diminuiscono i vantaggi che si possono ottenere nel regime crudo.

Esso obbliga ad un lavoro di masticazione che concorre alla pulizia dei denti e forse alla preservazione della carie.

Nella stipsi è indicato perchè aumenta la massa delle feci.

Nella cura delle diarree ha dato buoni risultati il regime crudo costituito esclusivamente o quasi da mele.

Secondo Bircher-Benner il regime crudo diminuisce la viscosità del sangue, e quindi è consigliabile in tutte le forme d'ipertensione. Per Eimer i vantaggi sono così sensibili da far pensare ad un'influenza ormonale determinata dal regime.

Nel trattamento degli edemi e delle idropisie di origine cardiaca si utilizza da molto tempo il regime di riduzione: la dieta lattea e più specialmente la cura di Kavell consistente nella somministrazione di 150-200 gr. di latte scremato 6-8 volte al giorno. Questa dieta ha l'inconveniente di essere spesso mal tollerata dall'intestino e di essere troppo ricca in acqua, cloruro di sodio e proteine. Le cure di digiuno e di sete proposte da Volhard sono troppo dure a seguirsi.

Eimer rileva che i regimi crudi mediante la loro azione sulle riserve di acque e di cloruro di sodio scatenano una diuresi di solito al quarto o al quinto giorno, e che una volta cominciata la mobilizzazione dei liquidi interstiziali non si arresta fino a quando essi non sono completamente eliminati. La medesima azione favorevole risentono gli organi sottoposti alla stasi sanguigna. Così il sistema cardio-vascolare si trova scaricato in tutto il suo insieme.

Questa terapia dietetica non può naturalmente sostituire i medicamenti, ma prepara l'infermo a risentire i buoni effetti della digitalizzazione.

Effetti analoghi si hanno nelle nefropatie acute o croniche.

Nell'obesità il regime crudo dà notevoli vantaggi, in quanto la detta condizione dipende da accumulo non solo di grasso ma anche di acqua. Ma negli obesi più che il regime continuo è più efficace il « giorno » periodico di dieta cruda o di frutta, come consiglia Noorden.

L'aggiunta di preparati tiroidei rende più efficace la cura.

Nei diabetici il regime crudo è stato spesso raccomandato sotto forma di frutta in quanto il fruttosio è meglio utilizzato del glucosio: Noorden prescrive o 10-12 banane o 1-5 kgr. di mele, ciliege o fragole.

In alcuni casi il regime crudo ha consentito di ridurre sensibilmente la quantità di insulina, il che, secondo Strauss, dipende dalla riduzione di proteine e di calorie, il che aumenta la tolleranza dei diabetici verso gli idrati di carbonio.

La gotta è la malattia per la quale è più indicato il regime crudo e sopratutto quello di frutta.

Insomma l'obesità, la stipsi, la pletora, la gotta, e sopra tutto le affezioni cardiache e renali e forse anche certe affezioni intestinali come la diarrea e l'infantilismo di Herter, costituiscono condizioni nelle quali il regime crudo più o meno stretto ha un'influenza vantaggiosa prolungata o episodica.

argo.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Associazione Napoletana dei Medici e Naturalisti.

Seduta del 16 dicembre 1932.

Presidente: Prof. G. PIANESE.

Errori diagnostici e terapia dei miofibromi

D. ENEA. — Riferisce cinque casi di diagnosi di miofibroma, osservati nell'Ospedale di Torre Annunziata, controllati con l'intervento chirurgico; dimostra come gli errori siano inevitabili, data la situazione topografica degli organi nella escavazione. Indica le possibilità di tali errori, citando una larga casistica, anche dalla letteratura. Mette poi in evidenza i danni della roentgenterapia dei miofibromi, sia che si tratti di errori di diagnosi, sia che, pur trattandosi di miofibroma, coesistano tumori o lesioni annessiali, specialmente cisti, o forme latenti di carcinoma dell'utero. Pone il problema dei vantaggi e svantaggi della terapia radiante dei miofibromi in confronto al trattamento chirurgico e lo discute; conclude affermando che il problema della terapia dei miofibromi deve intendersi risoluto nel senso che questa è di competenza chirurgica e che la terapia radiante trova indicazione solo nei casi in cui, per affezioni concomitanti, l'intervento chirurgico è controindicato.

Discussione: proff. PIANESE, JANNELLI, GUARINI e G. PICCININO.

Contributo clinico sul valore della Röntgenterapia ipofisaria nel diabete mellito: influenza delle irradiazioni sul ricambio idrocarbonato e sul quadro ematologico.

N. FUCCI. — Dopo aver accennato alle nozioni attuali sulla fisioterapia del diabete mellito, si sofferma sul trattamento Roentgen ed in particolare sulla roentgenterapia della regione ipofisaria. Riferisce su quattro casi di diabete m. e sul complesso di ricerche eseguite per individualizzare le forme cliniche e per la determinazione dell'intensità dell'alterato ricambio idrocarbonato. Dopo aver sottoposto gl'infermi alla roentgenterapia profonda ipofisaria, metodo del Boschi, conclude, in base ai risultati ottenuti, che nelle forme diabetiche con sicura esclusione di lesioni e disfunzioni dell'ipofisi, la radioterapia profonda di tale regione non dà buoni risultati, perchè nei casi studiati si determinò un aggravamento della stessa sindrome. Riguardo al reperto ematologico, ha osservato, quale effetto prevalente, eritropenia e iperleucocitosi, con ipertensione, effetti che repu-

ta condizionati alla peculiare sede dell'irradiazione e che assieme all'iperglicemia, già rilevata, costituiscono l'espressione di una sindrome simpatico-tonica, quale effetto dell'azione irradiante sul sistema nervoso vegetativo. S.

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta del 10 febbraio 1933.

Presidente: prof. GAIFAMI.

La sindrome renale nella cirrosi epatica.

Dott. A. FERRANNINI. — L'O. ha studiato il comportamento della funzione renale in quattro soggetti affetti da cirrosi epatica.

Come metodo di ricerca egli si è servito delle comuni prove della diluizione della diuresi frazionata e della concentrazione.

Dai risultati ottenuti l'O. crede di poter ritenere che nei cirrotici epatici esiste anche una sindrome renale.

L'O. ha studtaio anche comparativamente l'azione dei diuretici renali diretti e dei diuretici mercuriali sulle diuresi nei cirrotici epatici ed ha visto che mentre i diuretici renali diretti producono un modico miglioramento di essa, i diuretici mercuriali invece producono un miglioramento intenso.

Trattamento incruento della calcolosi dell'uretere.

Prof. G. NISIO. — L'O. presenta 14 casi di calcolosi ureterale, trattati incruentemente, o meglio *endoscopicamente* con esito felice, e conclude col raccomandare il trattamento incruento come quello da tenere sempre o quasi, prima di decidere l'intervento. Ciò naturalmente, quando le condizioni del rene soprastante non siano compromesse.

Dott. C. CARRETTI — *Le fibre elastiche dell'utero gravido.*

Prof. P. DEL BUONO. — *Aspetti del dorsum sellae.*

Il Segretario.

R. Accademia dei Fisiocritici in Siena.

Seduta del 27 gennaio 1933.

Presidente: Prof. B. LUNGHETTI.

Sull'aplasia congenita del processo vermiforme.

Dott. BARICCI. — L'O. riferisce sopra un caso di aplasia dell'appendice osservato in una donna di 32 anni, morta per tubercolosi polmonare. Il cieco pochissimo sviluppato libero da aderenze e senza ispessimenti che potessero far pensare ad un processo flogistico pregresso, sia pure in epoca molto lontana, era del tutto privo di appendice, della quale non si trovarono resti neppure all'esame interno del cieco.

L'O. riferita la letteratura esistente a riguardo, in base a considerazioni embriologiche ed anatomo-comparative, distingue i casi di mancanza dell'appendice in aplasie ed in atrofie più o meno precoci.

Su un ganglio-neuroma surrenale.

Prof. LUNGHETTI (p. il prof. COCCHERI). — L'O., a nome del prof. COCCHERI, comunica un'osservazione di ganglio-neuroma surrenale notevole per il fatto che si era manifestato in un individuo che morì con una forma simile al morbo di Addison e perchè il tumore, pur essendo situato in seno alla sostanza midollare, inviava nello spessore della capsula fibrosa ed all'esterno di questa numerosi fasci rotondeggianti, fittamente intrecciati fra loro. Dal lato strutturale il tumore mostrò in gran parte i caratteri di un neurinoma.

Il raschiamento della cavità uterina per la diagnosi di carcinoma del corpo uterino.

Dott. ROMANIELLO. — L'O. illustra un caso clinico di una donna di 45 anni in cui tutto il quadro clinico, e l'esame macroscopico del prodotto del raschiamento deponevano per il carcinoma del corpo uterino, ed in cui solamente l'esame istologico mutò completamente la diagnosi, la prognosi e la cura facendo rilevare l'esistenza di residui ovulari lungamente ritenuti.

L'O. richiama perciò l'attenzione sulla grande utilità del raschiamento diagnostico (contrariamente alle vedute di Faure) e sulla necessità dell'esame istologico del prodotto asportato.

Prof. F. SPIRITO. — *Vacuoli ciliati dell'epitelio tubarico con recessi tubarici intraepiteliali?*

Il Segretario: Prof. G. MAZZETTI.

Accademia Medica Pistoiese "Filippo Pacini".

Seduta del 18 febbraio 1933.

Presiede il Prof. CANTIERRI.

La malattia di Heine-Medin.

Prof. G. FIORE. — Prende in esame il concetto odierno di poliomielite anteriore acuta come malattia infettiva specifica dovuta ad un particolare virus di cui illustra i caratteri, probabilmente esistente con virulenza e morfologia varia. A queste varietà del virus poliomielitico fanno riscontro varietà nella clinica della poliomielite anteriore acuta: casi di diversa gravità fino alle forme abortive, casi sporadici, talora concomitanti con forme febbrili banali tipo influenzale, tentativi epidemici e gravi epidemie in cui si superano quelle barriere di immunità relativa possedute ed acquistate da buon numero di soggetti. Mette in rilievo i vari aspetti clinici e si ferma in particolar modo sulla possibilità di meningiti sierose e di paralisi del facciale da infezione poliomielitica; ricorda anche le sindromi coreiche, le sindromi atassiche acute, le forme di paralisi ascendente e discendente. Insiste sulle forme abortive o comunque larvate della malattia illustrandone la grande importanza per lo studio epidemiologico della paralisi infantile. Fa una disamina della casistica della sua clinica. Considera il problema della diagnosi precoce di poliomielite anteriore acuta, prende in esame la sintomatologia del periodo preparalitico mettendone in rilievo alcuni possibili propri caratteri e concludendo che l'esame precoce del malato, condotto con intenzione, può condurci molto più spesso di quello che comunemente si crede alla diagnosi almeno di forte e fondato sospetto. Enuncia poi la sua convinzione che il virus poliomielitico possa dare manifestazioni di malattia con apparenza banale particolarmente nei piccoli bambini ed a livello della mucosa respiratoria e digerente; questa possibilità spiegherebbe la immunità così diffusa nell'adulto e chiarirebbe molti punti oscuri nella epidemiologia della paralisi infantile. Considerando dunque che l'adulto è immune perchè ha superato felicemente uno o più attacchi larvati di malattia da virus poliomielitico, ne deduce che il siero di sangue o il san-

gue di adulto deve avere in sufficiente misura il potere profilattico e curativo del siero di sangue di convalescente. Basandosi su questo concetto propone di usare il siero di sangue o anche il sangue intiero di adulto (genitori) come mezzo di profilassi e di cura.

Mezzi moderni di terapia della poliomielite.

Prof. M. Raspi. — Si sofferma sulla immunoterapia con siero di Pettit o con siero di convalescente o di adulto. Ammette coi più che il siero di sangue di adulto può contenere poteri antivirali altrettanto attivi quanto quello di convalescente e che quindi sia da raccomandarsi nella pratica corrente anche perchè un più largo esperimento può definitivamente stabilirne la reale capacità terapeutica. L'O. ha impiegato nei suoi casi siero di sangue della madre associato o no alla roentgenterapia, in una o due iniezioni endomuscolari, siero di Pettit, radioterapia alla Bordier. Il trattamento è stato fatto in tutti precocemente, ma sempre quando si era iniziato lo stato paralitico, in epoca cioè in cui la maggior parte degli OO. concorda nel riconoscere un'attività assai minore del siero. Di 24 soggetti l'O. ha ottenuto i seguenti resultati: nei controlli (10) tra cui i casi più leggeri, il 60 % di esiti sfavorevoli; in quelli trattati con radioterapia o con siero Pettit nessun effetto sensibile; in quelli trattati con siero della madre, associato o no alla radioterapia (10), il 62 % di esiti favorevoli. L'O. ritiene che la sieroterapia con sangue materno debba essere tentata in ogni caso precoce di poliomielite, perchè oltre ad essere innocua, può assolvere nella terapia della poliomielite ai due obiettivi di arrestare l'estensione di una forma progressiva, di migliorare e talora far regredire completamente una paralisi già costituita, purchè il trattamento sia fatto precocemente e il siero iniettato in dose sufficiente.

Note statistico-cliniche ed epidemiologiche sulla malattia di Heine-Medin nella clinica pediatrica di Pisa durante il decennio 1923-1932.

Dott. V. Saggese. — I casi di cui riferisce sono 194 appartenenti alla prov. di Pisa e limitrofe. La malattia risulta presente in tutti gli anni con alternative di recrudescenze e di tregua: le cuspidi più elevate corrispondono al 1925, 1928, 1932. Il periodo stagionale di maggiore frequenza fu quello di passaggio dall'estate all'autunno (settembre e ottobre). Il sesso maschile risultò colpito nel 61,3 %, quello femminile nel 38,7 %. L'età maggiormente colpita fu quella dei primi quattro anni di vita (82 %), con un massimo nel II e III semestre (37 %). Le forme cliniche della malattia furono per l'80 % spinali, per il 10 % bulbo-protuberanziali, per l'8 % encefalo-mielitiche, per l'1 % ascendenti a tipo Landry, per 0.5 % meningee. Le località colpite dalla malattia riguardavano per il 22 % il Comune di Pisa, per il 51 % la provincia, per il 26 % province finitime. La diffusione della malattia risultò più spiccata nella zona settentrionale, scaglionata lungo le più comuni vie di traffico, con tendenza a presentarsi sotto forma di piccoli focolai di infezione in alcune zone e sporadicamente in molte altre.

Su alcune forme meno comuni nella malattia di Heine-Medin.

Dott. A. Gentili. — Con rarità minore di quanto si creda il virus poliomielitico colpisce i nervi cranici e con maggior frequenza il nervo facciale. In 13 mesi, in coincidenza con una recrudescenza dell'infezione poliomielitica, ha potuto osservare 7 casi di paralisi di nervi cranici dei quali in 6 era colpito il facciale ed in 1 l'adducente. In tutti questi casi la manifestazione paralitica o era stata preceduta da un periodo febbrile di 3-4 giorni od era accompagnata da segni denotanti un interessamento sia pur lieve del midollo spinale. Non ritiene improbabile che in molti di quei casi di paralisi così detta reumatica essa sia in realtà prodotta dall'azione di un virus neurotropo e verosimilmente dal virus poliomielitico sul nucleo protuberanziale del facciale. Possono esistere casi sporadici di paralisi del facciale di origine poliomielitica. Accenna alla forma meningitica e riferisce un caso in cui l'inizio fu a sindrome meningitica, seguirono dolori vivaci e comparvero lievi fenomeni paretici agli arti inferiori (partecipazione oltre che delle meningi anche delle radici spinali posteriori e delle cellule delle corna grigie anteriori: meningo-cellulo-radicolite). Il bambino guarì. In quell'epoca in paesi vicini si erano verificati casi tipici di malattia di Heine-Medin.

Prof. G. A. Dotti. — Concorda nel concetto di una molto maggiore estensione del campo diagnostico delle varie forme di malattia poliomielitica. Contrariamente a quanto si praticava, si dichiara propenso alla immediata per quanto moderata, cura fisica dei fenomeni paralitici. In base alla letteratura e a risultati personali consiglia l'introduzione in circolo di infinitesimali dosi di elemento radio (iniezioni di radiogeno o di radiophan Schering) o la cura generale con soluzioni di emanazioni di radio e contemporanea applicazione di fanghi o di cuscinetti radium emanati.

Prof. Comba. — Condivide i concetti esposti dal relatore e l'indirizzo terapeutico da questi propugnato assegnando importanza anche alle cure fisiche.

Prof. Cumbo. — Riferisce di non aver ottenuto brillanti risultati dalla cura Roentgen e dal metodo Bordier.

Dott. M. Romagnoli. — Riferisce un caso di paralisi periferica del facciale di origine pomielitica. Nota i buoni risultati di cure elettriche tempestivamente praticate. Ritiene che forse i risultati della roentgenterapia potrebbero essere maggiori se si aumentassero le dosi.

Dott. S. Magni. — Dimostra la frequenza della malattia nel Pistoiese, senza carattere epidemico e senza poter collegare un caso con l'altro. Si domanda se la malattia non possa essere l'effetto di una tossina speciale a carattere neurotropo che certi microrganismi anche fra quelli comuni potrebbero acquistare la facoltà di secernere per date condizioni locali o generali di ambiente a noi sconosciute. Ritiene che al manifestarsi della sindrome concorrano condizioni speciali endogene dei soggetti colpiti (costituzione, razza) o altre cause che provochino una particolare sensibilità soggettiva specialmente da parte del sistema nervoso. Ha sperimentato in qualche caso le iniezioni di sangue materno e gli è sembrato di averne solleciti e reali vantaggi. Ritiene che le eventuali antitossine del sangue materno non abbiano azione specifica, ma abbiano azione generica contro quel dato virus morbigeno che provoca i fenomeni generali sotto forma di quella malattia acu-

ta, virus che solo in certi dati casi e in alcune speciali condizioni endogene dei soggetti, ed esogene ambientali, acquisterebbe, o meglio potrebbe acquistare, la facoltà di produrre quella certa speciale tossina capace di ledere, spesso anche così profondamente, il sistema nervoso in via di sviluppo. È probabile che il sangue della madre possa anche avere un'azione generica protettiva sul sangue del figlio.

Seduta del 4 marzo 1933.

Presiede il prof. CANTIERI.

Prof. C. CANTIERI e Dott. A. FORLEO. — *Note cliniche ed epidemiologiche sui primi casi di anchilostomiasi accertati nella provincia di Pistoia.*

Il fondamento blastodermico della ipertensione essenziale.

Dott. V. BACCI. — Espone un quadro del tipo costituzionale a prevalente sviluppo del tessuto mesodermico che col procedere della vita darà luogo ad un soggetto iperteso. Mostra come certe caratteristiche che si possono osservare in condizioni di vita sia fisiologica che patologica interessanti tessuti ed organi di origine mesodermica, possano preannunziare la tendenza alla ipertensione essenziale e per converso come la ipert. precocemente constatata possa fare presagire uno speciale sviluppo anatomico-funzionale di tali tessuti particolarmente nella parte connettivale con tutte le sue conseguenze in ordine agli esiti o in cicatrici e sclerosi e ciò in più e diversi generi di infermità.

Il Segretario.

Società di Coltura Medica Novarese.

Seduta del 5 gennaio 1933.

Presidente: Prof. PAOLO PIETRA.

La sindrome addominale destra.

Prof. O. CIPOLLINO. — L'O. tratta delle sindromi associate dell'addome destro. È partigiano della teoria del Leotta che l'appendicite cronica, la colecistite, l'ulcera dello stomaco o duodenale dipendano sempre da una appendicite pregressa, primo movente dell'incendio dell'addome destro; che le dette affezioni sono sempre associate e legate fra di loro da un nesso patogenetico preciso; che le esplorazioni parziali dell'addome sono nocive in quanto lasciano, non curate, alterazioni non diagnosticate sempre, ma sempre presenti in altri organi; che il taglio mediano sopra-sotto ombellicale (associato in caso di colecistectomia anche al taglio laterale paracostale) è la incisione la più acconcia per la detta esplorazione dell'addome destro: che non devesi temere nè maggiori aderenze per pochi centimetri in più di taglio laparatomico, nè sventramenti, se la ricostruzione delle pareti è fatta diligentemente. Presenta la propria casistica di un anno di laparatomie per sindrome dell'addome destro, ed afferma che in tutti i casi in cui si attenne all'esplorazione dell'addome trovò documentato quanto esposto, per cui ora è decisamente partigiano di detta totale esplorazione.

Illustra poi un caso di S. A. D. tipica con appendicite, pericolicistite, aderenze da meso colon e del meso dell'appendice con cieco invertito.

Il prof. BIANCHETTI d'accordo coll'O. sui concetti espressi, insiste particolarmente sull'opportunità dell'appendicectomia precoce, ai primi segni patologici, quale unica profilassi di una lunga serie di affezioni addominali. È partigiano dell'appendicectomia a caldo.

Il dott. COSTANTINI è pure d'accordo col prof. Cipollino rivendicando però al Solieri il primo concetto della sindrome dell'addome destro, che egli chiamò sintonia dell'addome destro.

Il dott. CANTONE pur ammettendo una sindrome addominale destra fa presente come si debba tener distinta patogeneticamente l'appendicite acuta dalla cronica, la quale ultima è frequente appannaggio della colite che è generalmente alla base della sindrome addominale destra.

Il prof. PIETRA non contesta una sindrome dell'addome destro, ma fa presente che le singole affezioni componenti tale sindrome, appendicite, colecistite ed ulcera gastro-duodenale possono sussistere e decorrere completamente indipendenti. D'altra parte la cosidetta sindrome di addome destro s'inquadra generalmente in un complesso patologico più vasto e precisamente la colite nella quale non sono infrequenti complicanze appendicolari, con decorso di appendicite cronica, colecistitiche e gastriche come l'O. stesso ha dimostrato.

Rileva quindi il pericolo del trasporto di tale concezione nel campo chirurgico come metodica d'intervento poichè a parte il grave trauma per l'organismo per la vasta devastazione addominale, i disturbi permangono spesso immutati ed anche aggravati, come comprova con esempi.

Concezione pertanto dannosa nel campo dell'applicazione pratica, non precisamente adeguata alla realtà clinica, contrastante alle finalità dell'arte chirurgica, cioè il rigetto, per quanto è possibile, della funzionalità organica, la limitazione al minimo del trauma operatorio.

Il prof. FERRERO non è d'accordo coll'O. e vuole si distinguano i casi di affezioni semplici da quelli di affezioni comitate dell'A. D., non condividendo inoltre certe affermazioni dell'O. sull'etiopatogenesi dell'ulcera gastro-duodenale (da affezione appendicolare). Non ritiene logico, come l'O. vorrebbe, asportare organi (appendici) che non appaiono macroscopicamente ammalati ed in generale pensa che si debba intervenire soltanto in quegli organi che presentano una sindrome morbosa clinica dovendocisi basare non su una diagnosi anatomica ma su una diagnosi anatomo-funzionale (Donati). Pone in rilievo il danno di estese laparatomie con interventi multipli che spesso più che alla guarigione portano ad un aggravamento delle condizioni. Riafferma la necessità dello studio clinico dell'ammalato e quindi di una perfetta tecnica in una chirurgia che porti il minimo danno ai tessuti ed il massimo rispetto all'integrità dei pazienti affidati alle cure del chirurgo.

Ai vari oratori risponde il prof. CIPOLLINO.

Dott. D. CANTONE. — *Presentazione di casi.*

Impiego terapeutico dell'alcool per via endovenosa in alcune affezioni purulente polmonari.

Dott. G. BAROFFIO e P. CROCE. — Gli OO. espongono i risultati ottenuti con l'impiego dell'alcool per via endovenosa in 7 casi di affezioni polmonari purulente, da cui hanno avuto buoni risultati, e concludono che l'alcool può essere un rimedio efficace, specie quando non esistono gravi complicanze, e che comunque esso è sempre un buon sussidio terapeutico.

Discussione: prof. BIANCHETTI, prof. PIETRA.

Di un curioso errore diagnostico in chirurgia infortunistica.

Prof. C. F. BIANCETTI. — L'O. cita brevemente il caso di un operaio il quale lamentando un trauma occorsogli pochi giorni prima e realmente avvenuto, che lo ha colpito alla regione inguino-crurale sinistra, presentava una tumefazione del volume di un grosso pugno con tutti i caratteri clinici e semeiologici di un aneurisma falso retrovasale acuto. All'atto operativo si scoperse invece una grossa tumefazione cistica, di natura tubercolare, da interpretarsi come una borsite cronica specifica dell'ileo psoas (assai rara e di difficile diagnosi).

Fa una breve disamina del caso discutendone la patogenesi, il diagnostico, la rarità del reperto confermato dall'esame istologico. Fa rilevare come difficile sia la valutazione del trauma in infortunistica e come occorra essere cauti nell'interpretare le affermazioni dell'infortunato, anche quando egli sia in perfetta buona fede come nel caso presente.

Comportamento paradosso verso le prove del rosso Congo.

Prof. G. F CAPUANI. — Riassumendo l'argomento riguardante le prove a base di iniezioni di rosso Congo e precisamente la misura della massa sanguigna e l'esame della funzione granulo pessica del S. R. A., l'O. riprende in studio un fatto già intravisto da qualche studioso e cioè la scomparsa immediata del colore del plasma sanguigno o la sua ricomparsa dopo un certo tempo. Questo fenomeno è tale da gravemente menomare il valore delle prove stesse e meritevole pertanto di studio. L'O. ha trovato che il fenomeno può essere causato da fattori inerenti all'individuo e fattori inerenti allo stato fisicochimico della soluzione colorante, avvenendo più facilmente allorquando le ricerche colloidali di essa sono più piccole mentre diminuisce sino a sparire colla maturazione del colloide. Fattori individuali vengono messi in evidenza usando identiche preparazioni in diversi individui. Riferendosi a precedenti suoi studi in proposito, fornisce alcuni schiarimenti di tecnica.

Dott. U. SECONDI. — *Sinusite etmoidale con complicanza orbitaria.*

Discussione: dott. C. CORDIALE.

Il Segretario: L. FERRERO.

Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara.

Seduta del 15 febbraio 1933.

Presidente: R. TAMBRONI.

Metereologia e convulsione eclamptica puerperale.

MERLETTI C. e GRAPPA W. — Gli OO. riferiscono intorno a 346 casi di eclampsia, studiati in rapporto alle condizioni metereologiche dei giorni nei quali l'accesso è scoppiato.

Dimostrano: *a*) un rapporto evidente tra convulsione e perturbamento della pressione barometrica; *b*) escludono un rapporto etiogenetico colla temperatura ambiente; *c*) rilevano l'importanza del fattore umidità; *d*) trovano un frequente rapporto colle perturbazioni dello stato elettrico dell'atmosfera; *e*) riscontrano frequentissima l'associazione più svariata di parecchi dei fattori precedenti; *f*) intravedono l'importanza di altre azioni più complesse e meno note, quali i raggi cosmici, di cui appena è iniziato lo studio, dal punto di vista fisico e biologico.

Il lavoro è corredato da tabelle e da grafiche dimostrative dei valori presi in esame.

Discussione: CASATI, BUCCIARDI, MINERBI, TAMBRONI e MERLETTI.

BIGNOZZI C. — *Influenza della alimentazione acida in animali erbivori.*

Discussione: MERLETTI, CHIAPPINI e BUCCIARDI.

Ulteriori considerazioni intorno alla patogenesi delle metrorragie della pubertà.

VIGNALI A. — L'O. mette in rilievo l'importanza che assumono gli squilibri delle correlazioni trofico-funzionali fra utero e ovaio nel sorgere e nello svolgersi del fenomeno mestruale.

All'epoca pubere, per particolari tendenze ereditarie o per influenze morbose, che si esplicano nell'apparato generatore dopo la nascita, i due organi, ma in special modo l'utero, possono risentire uno stato di insufficiente sviluppo organico e completarlo solo negli anni suseguenti.

Cosicchè, dalla mancanza di corrispondenza fra trofismo uterino e trofismo ovarico, si potrà assistere ad un insieme di incertezze più o meno notevoli e durevoli del loro equilibrio funzionale, che porteranno alle sindromi catameniali più varie: da una iniziale oligomenorrea a polimenorrea, a ipermenorrea e a vere e proprie emorragie atipiche e viceversa. A queste ultime appartengono appunto le così dette metrorragie della pubertà.

Discussione: TAMBRONI.

Il Segretario: Dott. E. CHIAPPINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Sulla sorte del diabetico.

H. E. Buttner (*Deutsche med. Woch.*, n. 47, 18-11-1932), dopo un decennio di pratica di insulinoterapia applicata in clinica, ritiene opportuno trarre delle conclusioni e fare le opportune proposte sul modo e sui limiti di applicazione di essa. Rileva anzitutto la mortalità per diabete che, secondo la sua statistica, risulta molto elevata (48,3 %), e ciò mette in rapporto, specialmente col fatto che molti diabetici vengono portati in clinica quando già sono in coma di grado avanzato: difatti di 21 diabetici deceduti 6 erano in stato grave di coma ed in 15 la causa principale della morte fu l'apoplessia, l'insufficienza cardiaca, la tubercolosi.

Mette poi in rilievo i rapporti fra i vari decenni della vita e la mortalità per diabete: alta nei giovani (coefficiente la tubercolosi), si abbassa successivamente fino al decennio tra 40 e 50 anni; per poi salire di nuovo a raggiungere una quota elevata nel decennio 50-60 anni, e qui nei diabetici la causa principale della morte è l'insufficienza circolatoria nel senso più ampio della parola: osservazione che trova conferma nelle statistiche degli AA. americani ed in quella del Labbé, che dà una mortalità nei diabetici del 22 % per malattie dell'apparato circolatorio, specie arteriosclerosi.

Passa quindi a considerare l'alta importanza sociale del diabete in quanto su 198 diabetici si ebbero 96 decessi e dei viventi solo il 26,4 % conservava la completa capacità lavorativa, mentre il 39,2 % era del tutto incapace al lavoro: qui fa rilevare l'importanza della terapia insulinica, in quanto con essa il numero degli individui completamente capaci al lavoro è doppio di quelli non curati.

Propone infine che il trattamento insulinico deve venire praticato con norme precise, onde possa ottenere maggiore efficacia e perciò i diabetici devono essere al più presto possibile ricoverati in luoghi di cura appositamente attrezzati, onde tale trattamento, precocemente e bene applicato, possa esplicare tutta la sua azione. L'insulinoterapia praticata a mezzo delle casse di soccorso e di pubblica assistenza non apporta un utile contributo nella cura del diabete, in quanto l'attuale organizzazione di tali enti è difettosa, essendo la somministrazione dell'insulina affidata a persone non sempre competenti e spesso è fatta in dosi superiori a quelle necessarie: così in alcuni casi si somministrano in 3 iniezioni 90 unità-insulina ottenendo rapidi, non necessari abbassamenti della glicemia; mentre con 80 unità, esattamente calcolate, si ottiene una curva al disotto della soglia glicosurica.

Conclude che la terapia insulinica nell'epoca della vita, in cui minacciano cardiopatie e malattie vasali, specie l'arteriosclerosi con le sue conseguenze sul sistema nervoso centrale, sul muscolo cardiaco e sulle arterie periferiche (cancrena arteriosclerotica), purtroppo non riesce ad evitare l'esito infausto, determinato in questi casi dalle malattie dell'apparato circolatorio, su cui essa nessuna utile influenza può esplicare.

Il medico deve essere contento se, allo stato attuale delle nostre conoscenze, riesce ad ottenere che il suo diabetico, sottoposto a tempo a cura adatta e razionale, raggiunga i 50-60 anni, epoca in cui altre malattie, principalmente quelle dell'apparato circolatorio, ne determinano l'esito letale. R. D'ALESSANDRO.

Un caso di coesistenza di diabete mellito e di diabete insipido.

Un interessante caso di coesistenza di queste due malattie viene descritto da R. D. Lawrence e R. A. Melance (*The Lancet*, n. 5707, 14 gennaio 1933).

Gli AA. inclinano a considerare tale coincidenza come del tutto fortuita.

Si tratta di un uomo che a ventisei anni, presentando astenia, polidipsia, polifagia, poliuria e glicosuria, intraprendeva una cura insulinica. La dose insulinica in seguito doveva essere continuamente aumentata, perchè non più sufficiente: essa influiva sì sulla glicosuria ma lasciava immodificata la poliuria e la polidipsia. Il peso specifico anche durante la glicosuria non sorpassava mai 1007. Si sospettò allora il diabete insipido. Non si riuscì a dimostrare alcuna lesione della ipofisi, ma la somministrazione di estratto ipofisario riduceva notevolmente la poliuria e la polidipsia.

In seguito i due ormoni vennero somministrati insieme (anzi mescolati nella stessa siringa), senza che si presentassero fenomeni di antagonismo chimico o fisiologico.

E. CARLINFANTI.

Il trattamento del diabete con soluzioni oleose di insulina.

Allo scopo di rallentare l'assorbimento dell'insulina, la cui soluzione acquosa oggi correntemente adoperata ha una durata di azione che di regola non oltrepassa le otto ore, e di poter così evitare iniezioni multiple nelle 24 ore, si è pensato di somministrarla in soluzione oleosa.

Leyton ha sospeso l'insulina in olio di ricino (60 unità per centimetro cubico) ottenendo però dei risultati dubbi. Bernardt e Strauch ed altri utilizzando un solvente complesso (olio di oliva, metacolesterina, miricina. Il preparato è solido e si scioglie al calore al momento dell'uso) ottennero anch'essi dei risultati poco netti ed estremamente incostanti.

Labbé, Boulin e Daunois (*Presse Médic.*, 21 gennaio 1933) hanno sperimentato in numerosi casi diversi preparati più o meno simili ai precedenti: essi hanno ancora ottenuto risultati molto incerti e soltanto in due casi favorevoli in confronto con i preparati acquosi. Questi AA. concludono che tale nuovo metodo oltre ad essere doloroso non si è dimostrato nè più efficace nè meglio sopportabile del vecchio, e che occorre quindi procedere ad ulteriori ricerche prima di poterlo ad esso sostituire.

E. CARLINFANTI.

Magrezza ipofisaria e cure insuliniche.

H. Lucke (*Kl. Woch.*, n. 48, 1932) richiama l'attenzione su certe forme di magrezza d'origine oscura e che rispondono assai sfavorevolmente alle cure d'ingrassamento con insulina.

In questi casi — sopratutto se si tratta di donne — si pensi all'intervento della pre-ipofisi, la cui funzione sul metabolismo dei grassi è nota, e che — in taluni di questi casi — è stata trovata emboiizzata.

La cura insulinica è pericolosa, perchè questi soggetti hanno un tasso poco elevato di glucosio nel sangue circolante, e rispondono subito con fenomeni di ipoglicemia; giova invece la somministrazione di preparati opoterapici di lobo anteriore.

V. SERRA.

Cura del morbo di Addison con estratto corticale di surrene.

J. U. Rogoff (*Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 15 ottobre 1932) ha curato negli ultimi cinque anni 62 casi di m. di Addison, alcuni con estratto corticale di surrene, altri con altri metodi.

Nel gruppo dei 21 malati curati con estratto corticale si ebbe non solo miglioramento dei sintomi, ma specialmente prolungamento della vita, ma non guarigione. A praticare questa cura l'A. è stato indotto dalle osservazioni sperimentali fatte insieme a G. N. Stewart, che hanno dimostrato che la corteccia surrenale è la porzione indispensabile per la vita. Il m. di Addison non dipende solo dalla mancanza dell'ormone corticale, ma anche dal disturbo metabolico che deriva da questa mancanza.

L'estratto corticale si dà per os, in 4-8 volte al giorno, in quantità che corrisponde a 2 ghiandole di bue, oppure 5-15 di pecora.

L'A. descrive anche dettagliatamente il metodo di preparazione dell'estratto corticale.

*
* *

Un caso interessante riferiscono J. G. McCrie, I. M. Mears e W. G. Millar (*The British Medic. Journ.*, 1° ott. 1932). Si trattava di una donna giovane di 17 a. in cui la cura con estratto corticale di surrene fatta intermittentemente per circa 4 mesi ha dato miglioramento notevole. Però l'esito in morte è sopraggiunto ugualmente. L'autopsia ha dimostrato notevole diminuzione di volume dei due surreni, senza tubercolosi di questi organi, con distinzione difficile a farsi fra tessuto corticale e tessuto midollare. Non c'erano lesioni tubercolari neppure in altri organi, c'era iperplasia generale delle ghiandole linfatiche e tiroide piccola. Istologicamente assenza di tessuto corticale ai surreni; la corteccia era sostituita da tessuto fibroso giovane.

S. Levy Simpson, nella stessa rivista, dà le storie di quattro malati di m. di Addison migliorati notevolmente coll'estratto corticale surrenale; tre di questi erano in gravissime condizioni prima di iniziare la cura, mentre poco tempo dopo potevano alzarsi. Egli riferisce anche due casi letali (dei quali aveva riferito in passato): uno di questi, che stava benino e da un anno faceva ogni giorno una iniezione di 5 cc. di estratto, morì rapidamente dopo aver sospeso, ad insaputa del medico, la cura.

La cura dell'Addison con estratto corticale di surrene si deve considerare come una terapia sostitutiva simile all'insulinoterapia nel diabetico. L'iniezione si può fare per via endomuscolare o sottocutanea o endovenosa (la endovenosa può dare reazioni simili alle proteiniche). La dose da usarsi varia da caso a caso; il più delle volte la cura deve essere continuata quotidianamente per un periodo indefinito.

Nei pazienti che rispondono alla cura tendono a scomparire i sintomi della malattia e precisamente: l'astenia, l'anemia, la nausea, il vomito, il singhiozzo, la sonnolenza, la fotofobia, l'ipersensibilità al freddo, pigmentazione cutanea, ecc. L'ipoglicemia, che è comune nel m. di Addison, migliora essa pure colla cura, e qualche volta migliora anche l'ipotensione, come pure migliorano i disturbi sessuali (diminuzione della libidine, impotenza, amenorrea), la temperatura (che negli addisoniani è al disotto del normale), il metabolismo basale.

È bene continuare gli studi su questo argomento. Intanto si può dire che, sebbene prevalga la corteccia, anche, la midolla surrenale ha la sua parte nel determinare il m. di Addison; però l'integrità funzionale della corteccia è indispensabile alla conservazione della vita.

R. LUSENA.

Morbo di Addison trattato con l'estratto cortico-surrenale isolato da Swingle e Hartman.

I. Goffin (*Le Scalpel*, n. 46) riferisce il caso di una bambina di 8 anni sempre piuttosto bruna di pelle, che da un anno si lamentava di astenia e di anoressia e si pigmentava sempre di più. Negli ultimi 4 mesi era dimagrita di 2 Kg., mangiava poco e senza appetito; non giuocava più. La pelle si era molto iscurita e divenuta quasi nera nelle palpebre inferiori, alle ascelle, sulla linea mediana dell'addome. Sul

palato chiazze ardesiache. Stria bianca del Sergent. Malgrado l'iniezione e l'ingestione di estratto totale di capsule surrenali lo stato della malata si aggravava: compariva diarrea. Si inizia il trattamento con estratto cortico-surrenale mediante iniezioni intramuscolari, per 10 giorni giornaliere e a dosi progressivamente crescenti da 1 cmc. fino a 3,5 cmc. e successivamente per oltre un mese a giorni alterni fino a ritornare alla dose iniziale di 1 cmc. Già dopo 10 giorni dall'inizio della cura la diarrea è cessata, la bambina è più vivace, la sua tinta è schiarita. Il miglioramento aumenta successivamente. Dopo un mese e mezzo è considerevole: l'appetito è ritornato, si è avuto un aumento di oltre 1 Kg. di peso, la pigmentazione è notevolmente diminuita, la stria bianca di Sergent scomparsa, la bambina è ritornata vivace: invece la pressione non si è gran che modificata. Contrariamente all'opinione dei Clinici americani, le iniezioni intramuscolari sono state sopportate senza grandi sofferenze e senza disturbi obiettivi o subiettivi. Il miglioramento è stato dei più netti e precocissimo. L'A. spera in questo caso di esercitare con l'estratto non una terapia di sostituzione, ma una terapia d'eccitazione e di reazione glandolare.

RUBEGNI.

SEMEIOTICA.

Bacilluria escretoria e diagnosi di tubercolosi renale.

Per quanto i metodi di indagine microscopica abbiano in questi ultimi anni fatto notevoli progressi, più sicura per la diagnosi di tubercolosi renale rimane sempre la prova biologica, l'inoculazione cioè in cavia dell'urina sospetta e il reperto anatomico, dopo un periodo di tempo che oscilla sulle sei settimane, delle tipiche alterazioni tubercolari.

Recentemente però alcuni autori hanno voluto diminuire l'importanza sia del reperto microscopico nel sedimento delle urine che della prova biologica, affermando che in individui portatori di lesioni tubercolari, ma con integro l'apparato urinario, si possono riscontrare nelle urine dei bacilli di Koch, bacilli che, per una maggior permeabilità dell'epitelio renale, verrebbero ad attraversarlo e ad esser quindi eliminati per le urine.

J. Mentan (*British Medical Journal*, 26 novembre 1932) ha cercato di risolvere il problema esaminando microscopicamente e a varie riprese inoculando in cavie, le urine di 76 malati di tubercolosi polmonare, con presenza di bacilli nell'espettorato.

In un caso solo egli ha trovato, e costantemente il bacillo di Koch nelle urine: in questo soggetto però l'esame chimico delle urine in un primo tempo negativo, ha dimostrato in esami successivi tracce sempre più evidenti di albumina, ed in esami del sedimento fatti in periodo più avanzato si sono riscontrati anche cilindri jalini e leucociti disfatti.

L'autore conclude affermando che nessuna prova egli può avere che reni senza alcuna lesione specifica possano eliminare bacilli tubercolari, mentre in casi come quello illustrato la bacilluria può essere il primo sintomo di un focolaio specifico tubercolare.

M. PONS.

MEDICINA SCIENTIFICA

Raffronti fra respirazione nasale e boccale.

Sono noti i vantaggi della respirazione nasale su quella boccale. La prima è la via fisiologica della respirazione ed ha l'effetto di riscaldare e di umidificare l'aria che arriva ai polmoni; il naso ha inoltre grande importanza dal lato funzionale della respirazione.

Finora, però, nessuna ricerca era stata fatta per vedere le differenze nel dispendio energetico che si possono avere nei due tipi di respirazione, nei vari stati di riposo e di lavoro. O. Muzio (*Il Valsalva*, dic. 1932) ha compiuto una serie di esperimenti, in base ai quali arriva alla conclusione che con la respirazione boccale si consuma meno energia che con quella nasale; ciò ha anche importanza per la ricerca del metabolismo basale, in quanto che con gli apparecchi in cui si respira con la bocca, il metabolismo risulta inferiore.

Durante il lavoro, nella respirazione a narici aperte, aumenta il numero delle pulsazioni, la frequenza del respiro e la ventilazione polmonare; analogamente, è maggiore l'eliminazione della quantità di anidride carbonica e dell'ossigeno assorbito.

Questi fatti ci danno ragione del prevalere del respiro boccale nei lavori intensi e sforzati. Il consiglio di eseguire esercizi di ginnastica a bocca chiusa importa, da parte dell'organismo, un maggiore consumo di energia, compensato dai vantaggi comunemente attribuiti a tale forma di respiro. *fil.*

La capacità di assorbimento delle mucose delle vie respiratorie.

In questi ultimi tempi, si nota la tendenza ad allargare le possibilità di somministrazione per via nasale di varie sostanze, sia a scopo profilattico che terapeutico. Tale via, ben tollerata, facilmente raggiungibile ha anche il vantaggio che certe sostanze ivi immesse determinano realmente quelle modificazioni locali e generali che esplicano quando sono introdotte per via sottocutanea. Non risulta però che finora siano stati fatti degli studi per studiare la capacità di assorbimento delle varie sezioni delle vie respiratorie.

Numerose ricerche in tal senso hanno fatto E. Liveriero e S. Teneff (*Il Valsalva*, dic. 1932) i quali hanno osservato che la mucosa nasale ha un potere di assorbimento relativamente scarso, il che si comprende pensando alla funzione fisiologica delle cavità nasali, che è essenzialmente di difesa, di purificazione.

Nessun potere assorbente può dimostrarsi

per la laringe, la trachea ed i bronchi. Esso è invece massimo nel polmone, che con la sua larghissima superficie in contatto con l'esterno e per la sottilissima e delicata membrana di cui è rivestito, offre le migliori condizioni per l'assorbimento.

Le sostanze messe a contatto con la mucosa nasale, quindi, sono assorbite in piccola parte da essa, mentre la maggior parte, evaporata o volatilizzata, segue la corrente aerea ed arriva agli alveoli polmonari dove è assorbita. I risultati che si ottengono con la somministrazione di sostanze per la via nasale sono dovuti più che altro all'assorbimento da parte degli alveoli polmonari. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. T. L. C., Torino:

Con l'esame oftalmoscopico si può misurare la pressione arteriosa retinica minima e massima mediante l'« *Ophtalmo-dinamometro del dott. Bailliart* ». (Casa Gireaux, Parigi).

Tale pressione arteriosa retinica (minima e massima) è in rapporto con la pressione arteriosa generale (minima e massima), e normalmente ha un valore di circa la metà di quello generale, ciò però non in modo costante. La pressione arteriosa retinica è infatti talora troppo elevata rispetto alla pressione generale; ciò si ha infatti nelle retiniti emorragiche e negli stati di iperenzione endocranica. In altri casi invece la pressione retinica è troppo bassa rispetto alla pressione sanguigna generale, così ad esempio nell'arterite obliterante delle arterie retiniche, in certe coroiditi e negli aneurismi dell'arteria oftalmica.

Su tale argomento esistono parecchie pubblicazioni del dott. Bailliart di Parigi (edizione Masson). B. S.

Al dott. F. J. (T.):

Può vedere: GAIFAMI: *Le indicazioni attuali alla provocazione dell'aborto.* Casa Editrice G. Bardi, Roma. — COVA: *L'aborto provocato* (in Atti Soc. It. Ost. e Ginec., Congresso di Milano del 1931). — MALCOVATI: *Il nuovo Codice penale*, ecc. in *La Clinica Ostetrica* 1932; nella *Clinica Ostetrica* troverà anche altri accenni al tema chiesto, p. es. nel 1930 ci sono note di PESTALOZZA, GAIFAMI, ecc. A. P.

Al dott. L. R. da P. — Abb. n. 5174:

Dal Consiglio dei ministri è stato formulato un disegno di legge che, per ragioni di equità, tende a sistemare la posizione di alcuni odontotecnici, i quali avevano già diritto nel 1912 a far valere i loro titoli, o di altri odontotecnici che si trovano in condizioni speciali, come ad es. coloro che hanno delle benemerenze patriottiche. Il disegno andrà alla Camera ed al Senato ove potrà subire eventuali modifiche. D. V.

VARIA.

La durata media della vita dei medici.

Il « Progrès Médical » del 10 dic. 1932 porta un elenco di medici celebri, con le indicazioni delle età in cui sono morti. Queste vanno da un minimo di 31 anni per Bichat ad un massimo di 98 per Lordat; notiamo che Baglivi è morto a 38 anni, Laënnec a 45, Sydenham a 65 e così pure Charcot, Malpighi a 66, Koch a 67, Boerhaave a 70, Harvey a 80, Ramazzini a 81 e così pure Virchow, Cesalpino a 84, Louis a 86, Morgagni a 89, ecc. La media risulta di 68 anni. La media dei componenti l'attuale Accademia di Medicina di Parigi è di 65 anni e 5 mesi.

Si tratta di medie notevolmente superiori a quelle generali relative alle grandi collettività; ma è da considerare che le medie generali tengono conto delle morti avvenute durante tutto lo sviluppo, mentre i medici cominciano a morire dopo il diploma... che è il loro atto di nascita. E per quelli celebri si va sensibilmente oltre questo limite... Dunque la forte longevità denunziata dalle medie relative ai medici è solo apparente.

La tolleranza dello stomaco per i corpi estranei.

Nell'ospedale di Nantes si sono eseguite numerose radiografie di uno squilibrato, Francesco Condray, che aveva deciso di suicidarsi ingoiando tutti gli oggetti che gli capitavano a portata di mano. Esse hanno rivelato un piccolo magazzino: una lima da unghie, tre chiodi lunghi 8 cm., tre pacchetti di aghi, uno specchietto da tasca, una cinquantina di spilli, una chiave da scatole di sardine, una quarantina di bottoni, un tappo smerigliato... Lo stomaco aveva resistito benissimo al sorprendente esperimento. Il Condray è stato poi sottoposto a gastrotomia. Egli era stato arrestato e condannato a sei mesi per appropriazione indebita e per millantato credito, poichè aveva compiuto parecchie truffe spacciandosi quale nipote dell'ex presidente del Consiglio dei ministri Laval.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

G. PIRANI. Primo quadriennio di attività (1928-32) dell'Istituto Vitt. Em. III per la profilassi e la cura della tbc. — Tip. Sormani, Lecco, 1932.

M. BARBÀRA. Cranio e costituzione. — Tip. Niccolai, Firenze, 1932.

T. V. MANCI. Corpo estraneo nel tubo digerente di un bambino. — Tip. Zerboni, Milano, 1932.

A. SEGA. La funzionalità renale nei portatori di affezioni tonsillari croniche. — Bull. Scienze Med., Bologna, 1932.

E. DE DONNO. La maternità di Melfi. — S.P.E.M., Milano, 1933.

Lavori Clinica Medica R. Università Catania, 1931.

V. PETTINARI. Contributo alla conoscenza della tubercolosi in organi refrattari: la tubercolosi della mammella. — F. Vallardi, Milano, 1932.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Provvedimenti relativi alla malaria.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato su proposta del Capo del Governo, Ministro dell'Interno, un disegno di legge per il coordinamento e la integrazione delle norme dirette a diminuire le cause della malaria.

Secondo le statistiche, i morti per l'endemia malarica da 21.033 nel 1887, sono scesi a 4085 nel 1922 e a 2781 nel 1930.

La riduzione della mortalità per malaria durante il Regime Fascista (33 per cento), malgrado il concorso di circostanze che avrebbero potuto aggravarla — sopratutto l'addensamento della mano d'opera impiegata nei vasti lavori di bonifica — è dovuta alle tempestive ed opportune provvidenze governative (quali la riforma dei servizi sanitari, la obbligatorietà degli interventi antianofelici, la riorganizzazione dei servizi antimalarici, ecc.).

Per continuare con maggiore coordinazione di criteri e di mezzi l'azione avviata con così tangibili risultati, si è ritenuto opportuno rivedere la legislazione attuale in materia, finora frammentaria e suddivisa.

A tali scopi mira il disegno di legge, approvato dal Consiglio dei Ministri, stabilendo fra l'altro:

1) l'istituzione dei Comitati provinciali nelle provincie dove esistono zone malariche, per la lotta antimalarica, con sede presso le Amministrazioni provinciali;

2) la possibilità di affidare l'assistenza antimalarica in alcune zone di territorio a speciali enti, riconosciuti idonei allo scopo, sotto la vigilanza del Ministero dell'Interno;

3) la fornitura gratuita del chinino e dei medicinali sussidiari, nonchè l'assistenza medica a domicilio o in ospedale e la continuazione della assistenza sanitaria per sei mesi successivi al giorno della cessazione del lavoro, anche quando i colpiti si portino in zona diversa da quella malarica;

4) la possibilità di estendere, anche a carico dei privati, l'obbligo della protezione meccanica delle abitazioni e dei ricoveri dei lavoratori in zona malarica;

5) la sistematica applicazione degli interventi antianofelici con particolare riguardo alle zone di territorio adiacenti agli aggregati urbani.

Con lo stesso provvedimento inoltre — allo scopo di por termine alle divergenze sorte nella giurisprudenza e nella dottrina circa la questione se la malaria costituisca infortunio sul lavoro — mentre, da un lato, si esclude dai casi d'infortunio l'evento dannoso derivante da infezione malarica, dall'altro si impongono agli impresari di lavori pubblici in zone malariche tassativi obblighi per la tutela della salute dei lavoratori e si assicura, nel contempo, in caso di morte per febbre perniciosa, una speciale sovvenzione a favore degli aventi diritto: e ciò anche se il colpito non sia stato assicurato contro gli infortuni.

Il provvedimento, mentre mira ad un miglioramento della salute pubblica in generale, ridonda, in modo particolare, a beneficio dei lavoratori nei comprensori di bonifica idraulica e di trasformazione fondiaria, che si estendono a oltre 5 milioni di ettari di terreno.

Provvedimenti relativi alle assicurazioni.

Su proposta del Capo del Governo, Ministro delle Corporazioni, il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di provvedimento concernente l'unificazione obbligatoria contro gli infortuni degli operai sul lavoro.

Con tale provvedimento si dispone che l'assicurazione infortuni degli operai sarà dal 1° luglio p. v. esercitata esclusivamente dalla Cassa Nazionale Infortuni che, in relazione al più vasto compito che le è stato affidato, assume la denominazione di *« Istituto Nazionale Fascista per l'Assicurazione contro gli infortuni sul lavoro »*. Le assicurazioni però degli addetti alla navigazione e alla pesca marittima, in considerazione della particolarità di tali rischi, continueranno ad essere gestite dagli attuali enti mutui che saranno, tuttavia, coordinati con l'Istituto Nazionale mediante norme da stabilirsi.

Inoltre il R. Decreto da emanarsi su proposta del Capo del Governo e del Ministro per le Corporazioni, che darà all'attuale Cassa Nazionale un nuovo ordinamento, contemplerà anche la istituzione e il funzionamento di sezioni di categoria per la gestione dell'assicurazione di quelle industrie che saranno determinate con decreto del Ministro delle Corporazioni, in modo che l'assicurazione di singoli settori industriali, possa essere amministrata con tutta quella autonomia di gestione del rischio, che sia compatibile con il carattere unitario dell'Ente.

Infine, il Sindacato obbligatorio siciliano per gli infortuni sul lavoro nelle miniere di zolfo, pur continuando ad essere regolato dalla speciale sua legislazione, a decorrere dal 1° gennaio 1934 diverrà una sezione speciale dell'Istituto Nazionale.

Gli attuali Sindacati volontari di assicurazione mutua, e il loro Consorzio saranno posti in liquidazione col 1° luglio p. v. con le norme e le modalità da stabilirsi con R. Decreto restando tuttavia ad essi vietato, dalla data di pubblicazione, di assumere nuovi contratti d'assicurazione.

La gestione dell'assicurazione infortuni in agricoltura sarà compiuta (anche nei tre Compartimenti nei quali essa è attualmente affidata alla Cassa Nazionale Infortuni) dalle Casse Mutue infortuni agricoli: il funzionamento di questi enti dovrà essere coordinato con quello dell'Istituto Nazionale.

Con tale provvedimento le direttive, segnate dal Consiglio Nazionale delle Corporazioni e dal suo Capo, per una organica riforma dell'assicurazione infortuni, incominciano ad essere attuate, per quanto riguarda gli organi dell'assicurazione.

* * *

Un secondo schema di provvedimento riguarda il coordinamento degli organi amministrativi della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali che assume la denominazione di *« Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale »*.

In relazione alle modifiche apportate agli organi

amministrativi della Cassa Nazionale Assicurazioni Sociali, allo scopo di meglio coordinare le attribuzioni e la competenza, quest'Ente assume la denominazione suddetta, più comprensiva delle sue attuali funzioni e più aderente all'ordinamento del Regime.

È inoltre data facoltà al Governo di riunire in un testo unico tutto il complesso delle disposizioni legislative attualmente esistenti per le diverse assicurazioni sociali, affinchè questa materia possa avere un assetto legislativo uniforme e consono ai criteri della Carta del Lavoro.

Le "procure,, per gli infortunati sul lavoro.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di decreto contenente norme riguardo alle procure autorizzanti ad esigere indennità per infortuni sul lavoro.

In materia di infortuni sul lavoro si verificano spesso speculazioni litigiose agevolate sovratutto dalle procure ad esigere, rilasciate dall'infortunato a coloro che, avvicinato subito dopo il sinistrato, gli danno qualche sussidio con esosi interessi e poi, avuta la procura, si considerano come gli unici e veri creditori e organizzano la lite a cui l'infortunato rimane quasi estraneo.

È evidente il pregiudizio che deriva da questo stato di cose all'infortunato, il quale il più delle volte finisce con l'abbandonare alla persona che ha ricevuto la procura il suo credito, contentandosi dell'anticipo che ha ricevuto. Si viene così a mascherare, sotto la forma del rilascio di procura ad esigere, una cessione del credito per indennizzo, vietata espressamente dall'art. 16 del testo unico 31 gennaio 1904, n. 51.

Ad ovviare a siffatti gravi inconvenienti e a maggiore tutela dell'operaio, è stato predisposto questo schema di decreto reale, con il quale si stabilisce, per gli infortuni nell'industria, una disposizione analoga a quella contenuta nell'articolo 117 del regolamento approvato con R. decreto 21 novembre 1918, n. 1889, per l'assicurazione obbligatoria contro gl'infortuni in agricoltura. Come è noto, anche alle indennità stabilite per questi infortuni si estende il divieto di cessione sancito dall'art. 16 del testo unico 31 gennaio 1904, n. 51. La indennità della situazione dell'infortunato nell'uno e nell'altro caso giustifica pienamente, per gli infortuni sul lavoro nell'industria, una medesima disciplina giuridica. Nello schema proposto viene pertanto sostanzialmente ripetuta la norma dell'art. 117 del citato regolamento 21 novembre 1918, sostituendosi per altro al Comitato di liquidazione, che non esiste per gli infortuni nell'industria, il segretario dell'associazione sindacale, il quale, attese le funzioni di assistenza che deve esplicare, trovasi in grado di poter controllare la veridicità delle circostanze che legittimano il conferimento della procura.

Questo provvedimento è un nuovo indice della vigile cura con cui il Governo Fascista attende alla protezione degli operai, e sovratutto di quelli che hanno maggiore bisogno della tutela dello Stato per trovarsi in particolari ristrettezze economiche.

Profilassi dell'influenza.

Il Ministero dell'Interno, nella considerazione che in alcuni Paesi le manifestazioni dell'influenza hanno assunto un carattere di particolare gravità, sia per il numero delle persone colpite e per lo sviluppo di diffuse epidemie, sia per le forme morbose manifestatesi, sia per la frequenza delle complicazioni, allo scopo di evitare e fronteggiare eventualità di manifestazioni analoghe anche in Italia, ha richiamato in modo particolare la attenzione dei Prefetti, degli ufficiali sanitari e di tutti i medici in genere, sulla esatta e scrupolosa osservanza delle disposizioni dettagliatamente impartite negli anni scorsi in materia.

Il Ministero raccomanda di assicurare la maggior intensificazione e speditezza dei servizi pubblici di igiene e di profilassi, l'efficienza della assistenza medica e farmaceutica, la continuata vigilanza sulle collettività (scuole, asili, convitti, pubblici istituti di ricovero, caserme, ecc.).

Vaccinazioni antitubercolari.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) ha diramato ai Prefetti e Autorità assimilate una circolare in cui è detto:

« La vaccinazione contro la tubercolosi iniziata in Italia fin dal 1903 costituisce un mezzo profilattico meritevole di ogni considerazione, che ha recentemente trovato l'incoraggiamento dell'on. Consiglio Superiore di Sanità.

Allo scopo di passare dalla fase sperimentale, oramai superata, alle applicazioni pratiche il Ministero ha invitato la Federazione nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi a svolgere una adeguata propaganda fra i medici e nel pubblico, stabilendo dei premi per i medici vaccinatori.

Si pregano le EE. LL. di invitare i Consorzi provinciali antitubercolari a favorire ogni iniziativa al riguardo, richiamando le disposizioni date con la circolare dell'11 maggio 1929, n. 20300, 20/32030, sull'uso di vaccini con bacilli morti che possono essere liberamente adoperati e di altri vaccini, il cui impiego è permesso solamente in Istituti e cliniche, da cui si abbiano garanzie adeguate.

Si richiamano anche le disposizioni circa la registrazione e l'ulteriore vigilanza sui vaccinati.

Saranno gradite notizie in proposito. — Pel Ministro f.to: Arpinati ».

Ordinanza di Sanità marittima.

Le provenienze da Alessandria d'Egitto sono sottoposte alle misure contro il vaiolo, prescritte dall'ordinanza di Sanità marittima n. 1 del 2 gennaio 1930.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Alla Camera dei Deputati.

Su relazione dell'on. Lando Ferretti, è stato discusso il bilancio dell'Educazione Nazionale.

L'on. CHIURCO ha, tra l'altro, espresso il concetto che l'insegnamento delle patologie speciali medica e chirurgica debba essere elevato, mentre in quasi tutti gl'istituti oggi v'è deficienza di mezzi di laboratorio e di studio.

L'on COSTAMAGNA ha fatto un'affermazione di fede fascista. Vorrebbe che fossero eliminati dall'insegnamento i professori del passato, e con essi gl'indirizzi e i metodi di una cultura e di una ci-

viltà superate. Ha posto in rilievo quanto oggi si pratica nella Spagna. Alle Commissioni dei concorsi per materia e per singole cattedre, vorrebbe sostituite delle Commissioni nazionali permanenti, per rami di materia, composte eventualmente anche di persone estranee al corpo professionale.

L'on. GUGLIELMOTTI ha fatto pure una dichiarazione d'intransigenza ed ha prospettato il problema della fascistizzazione integrale della scuola. Egli teme che il relatore sia stato troppo ottimista a tale riguardo. Il giuramento non è bastato a cambiare sostanzialmente la mentalità dei firmatari del manifesto Croce. La soluzione radicale consiste nel collocamento a riposo dei firmatari, sia pure per mezzo di una legge speciale.

L'on. ORANO crede che gli avversari vadano battuti sul loro stesso terreno, abituando i professori fascisti ad agire come tali, in confronto di quelli che non sentono lo spirito nuovo di redenzione, da cui l'Università tarda ad essere pienamente vivificata. Si richiede una vigilanza continua.

L'on. ERCOLE, ministro dell'E. N., ha pronunziato un ampio ed elevato discorso. Ne riportiamo largamente la parte che si riferisce all'insegnamento superiore.

L'entità dello sforzo compiuto in questi dieci anni dal Regime per lo sviluppo e l'incremento dell'istruzione superiore risulta non solo dal raddoppio della spesa nei confronti con l'ultimo esercizio anteriore all'applicazione della riforma universitaria fascista, ma anche dall'oltre mezzo miliardo speso in varie riprese durante il decennio o impegnato tra lo Stato e gli Enti locali per l'incremento e la sistemazione edilizia dei singoli Istituti universitari.

Coronamento grandioso di questa opera immane sarà la mirabile Città universitaria che sta per sorgere in Roma.

Del crescente incremento e sviluppo raggiunto dai nostri Istituti superiori è già di per sè indizio sicuro l'aumento costante della loro popolazione scolastica, la quale fu, nell'anno scolastico 1931-32, di ben 47.180 iscritti.

Motivo di alto compiacimento deve venirci da un fenomeno, che è da qualche anno in atto: il crescente affluire di studenti stranieri alle nostre Università, perchè esso è indizio sicuro dell'alto grado di prestigio, di cui godono oggi, mercè il fascismo, le università e le scienze italiane nel mondo.

Le nostre Università, e a capo di tutte quella della Capitale, si avviano decisamente ad esercitare su larghi strati della gioventù straniera quel fascino di attrazione, che fu a lungo privilegio delle Università tedesche, francesi ed inglesi.

Il Ministro dichiara il fermo proposito di por termine al mal vezzo delle vacanze abusive.

Quanto alla libera docenza, osserva che il prestigio ne soffre, specialmente in alcune Facoltà, per l'eccessivo numero di chi non sempre per finalità esclusivamente scientifiche, perviene a conseguirla.

Circa il problema degli aiuti e assistenti universitari, nota che la loro abnegazione nel servire l'insegnamento e la scienza in condizioni economiche certo non rispondenti all'importanza e alla dignità dell'ufficio, è degna di unanime plauso.

L'assistenza scolastica ha raggiunto nelle nostre Università proporzioni e perfezione di norme che non hanno altrove riscontro.

Gli preme, sopratutto, di contestare nel modo più assoluto e reciso le affermazioni del tutto arbitrarie e generiche formulate dall'on. Orano e da qualche altro camerata.

Vero è che l'Università è uno dei luoghi in cui più a lungo si oppose all'irrompere della Rivoluzione fascista l'ostacolo delle resistenze spirituali del passato, e che queste non sono forse nel mondo universitario del tutto e radicalmente vinte. Ma non è men vero che esse permangono tuttora in ristrettissimi nuclei, sempre più chiusi e isolati di fronte alla enorme maggioranza di insegnanti titolari, di liberi docenti, di assistenti, che con pienezza e consapevolezza di fede hanno aderito al Regime e lealmente lo servono, e che tutte le Università e tutte le Facoltà sono oggi in mano a Rettori e a Presidi di antica e provata fede fascista, nominati in pieno accordo col Segretario del Partito.

L'on Guglielmotti ha voluto ricordare un triste documento; ma se coloro che lo hanno firmato appartengono all'insegnamento universitario, è per averlo sconfessato, giurando fedeltà al Regime.

Ora, chi ha l'onore e la responsabilità di governare in nome del Fascismo la scuola, ha volontà e mezzi sufficienti a punire e colpire senza riguardi e senza ritardi chiunque nella scuola o fuori tradisca la fede giurata.

Ma non è lecito presupporre a priori in alcuno la volontà del tradire, e bisogna anche aver fede nella virtù di attrazione e di persuasione della nostra dottrina, la quale ha già, per il fascino della verità che le è insito, convertito a sè stessa troppi antichi avversari, perchè non si debba ammettere la possibilità della conversione piena e sincera al suo contenuto teorico e ai postulati pratici in uomini di superiore intelligenza e cultura quali sono i professori dell'Università italiana.

La verità è quella che il Ministro è lieto di aver sentito proclamare dal relatore: che anche nell'università italiana il Fascismo è in marcia.

Dirà poi all'on. Costamagna che il Regime fascista non ha alcun bisogno di attingere ai lumi della democratica repubblica di Spagna gli espedienti per assicurare o garentire nell'ambito delle Università l'impero delle proprie leggi e del proprio spirito.

Lo sorprende anche di constatare in un camerata che non è estraneo al mondo universitario e a cui cordialmente augura di entrare in pieno a farne parte, una così profonda diffidenza verso i propri colleghi, da indurlo a chiedere che ad essi si strappi il diritto, ovunque goduto, di esser chiamati a comporre le Commissioni dei concorsi universitari, quando i giudici non possono, oggi, essere che fascisti.

☛ *In uno dei prossimi numeri daremo:*

ENCEFALO-NEURO-MIELITE TIFICA

Lezione clinica del prof. C. FRUGONI.

Direttore della R. Clinica Medica dell'Università di Roma

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACI S. ANTONIO (*Catania*). — Scad. 31 mag.; L. 8000 e 4 quinquenni dec.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

AGRIGENTO. *Ospedale Psichiatrico Provinciale*. — Scad. 19 apr.; direttore; L. 18.000 e 4 quadrienni di L. 1500, vitto, alloggio; quattro anni di servizio in manicomio o cliniche psichiatriche. Medico di sezione; L. 11.000 e 4 quadrienni di L. 800, vitto nei giorni di guardia, alloggio.

AGRIGENTO. — Per titoli ed esami. Posto di Ufficiale Sanitario, stipendio annuo L. 10.000 e 4 aumenti quadriennali del decimo, al lordo delle ritenute di legge e di quella del 12 %; documenti di rito in competente bollo e legalizzati. Tassa di ammissione L. 50. Limite massimo di età anni 45 salvo eccezioni di legge. Popolazione: 28.677 abitanti. Estensione territoriale 60.000 ettari. Scadenza 30 aprile 1933-XI. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Comune oppure alla R. Prefettura di Agrigento.

ANCONA. *Ospedale Psichiatrico*. — Scad. 15 apr.; medico di Sezione; L. 10.000 e 5 quadrienni dec. oltre L. 1700 serv. att.; riduz. 12 %; alloggio personale, illum., riscald.; vitto nei giorni di guardia; età lim. 35 a.

ARAGONA (*Agrigento*). — Posto di Ufficiale Sanitario, per titoli ed esami. Scadenza ore diciotto del 30 aprile 1933. Stipendio annuo L. 7.000 lorde e numero quattro aumenti quadriennali. Età massima anni 45 salvo eccezioni di legge. Assunzione servizio entro 30 giorni partecipazione di nomina. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria comunale.

AREZZO. *Comune*. — Scad. 22 giugno, ore 18; 4ª condotta di campagna; L. 8000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 3600 cavalc., c.-v.; riduz. 12 %; voti esami speciali e di laurea; età lim. 45 a.; doc. a 6 mesi dal 22 mar.

BENEVENTO. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli ed esami. Posto di Assistente della Sezione Medico-Micrografica e posto di Assistente della Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi, scadenza ore dodici del 22 giugno 1933-XI. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Generale dell'Amministrazione Provinciale di Benevento.

BIVONA (*Agrigento*). — Per titoli ed esami, posto di Ufficiale Sanitario del Comune. Stipendio iniziale L. 7000 al lordo delle trattenute di legge e della riduzione del 12 %. Detto stipendio è suscettibile di quattro aumenti quadriennali di un decimo. Età massima anni 45 salvo eccezioni di legge. La domanda in carta legale di L. 3 con la ricevuta della tassa versata di L. 50, dovrà pervenire alla R. Prefettura di Agrigento non oltre le ore diciotto del 30 aprile 1933, accompagnata dai prescritti documenti, l'elenco dei quali con le altre modalità, possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla predetta R. Prefettura.

CALTANISSETTA. *Ospedale Vitt. Em. III*. — Scad. 31 mag.; concorso per titoli ed esami al posto di medico di sezione (col titolo di medici assistenti); assegno L. 3564; età lim. 35 a.; tassa L. 25. Rivolgersi Congregaz. di Carità.

CARPI (*Modena*). — Scad. 30 apr., 5ª condotta rurale, L. 9000 e 10 bienni ventesimo, oltre assegno supplementare L. 930, ambulat. L. 600, trasp. L. 2500.

CRESCENTINO (*Vercelli*). — Posto di Ufficiale Sanitario, per il Consorzio Crescentino-Lamporo-Fontanetto Po-Palazzolo Vercellese (abit. 11.176). Stipendio L. 7000; indennità L. 4000; al netto del 12 %. Dieci aumenti biennali. È consentito il libero esercizio professionale nel solo comune di Crescentino (abit. 5704). Termine per la presentazione delle domande alla R. Prefettura di Vercelli, 15 maggio 1933.

FARRA DI SOLIGO (*Treviso*). — Scad. 29 mag.; L. 8500 e indennità; riduz. 12 %.

GENOVA-SAMPIERDARENA. *Ospedali Civili*. — Scad. 30 apr.; aiuto neurologo; L. 5000 ridotte 12 %; 3 anni di laurea; tassa L. 50. Chiedere condizioni alla Segreteria (Corso Roma).

GUARDAMIGLIO (*Milano*). — Popolazione 2561 abitanti, di cui 953 nel Capoluogo. Stipendio lire 10.500. Indennità Ufficiale Sanitario L. 625; L. 1000 per indennità affitto ambulatorio; L. 900 per mezzo di trasporto: è in corso delibera che eleva questa indennità a L. 3500, che saranno corrisposte se approvate. Tali assegni sono soggetti alle ritenute di legge. Il concorso si chiude col dì 15 maggio 1933. Presentare i consueti documenti con vaglia di L. 50,10.

LECCE. *R. Prefettura*. — Concorsi per titoli ed esami, per 22 posti di Ufficiale Sanitario dei Comuni di Alessano, Carmiano, Galatone, Leverano, Martano, Melissano, Nociglia, Novoli, Parabita, Presicce, Racale, Ruffano, Salice Salentino, San Cesario di Lecce, S. Pietro in Lama, Taurisano, Taviano, Trepuzzi, Tricase, Tuglie, Ugento, Veglie. Scadenza termine presentazione domande alla R. Prefettura di Lecce ore dodici del 30 aprile 1933.

MACERATA. *Consorzio Provinc. Antitubercolare*. — Scad. 2 mag.; aiuto medico nell'Istituto tuberc. di Villa Montalbano; L. 6000 e 4 quadrienni di L. 1100, oltre L. 450 serv. att.; ritenute di legge; vitto e alloggio o indenn. di L. 4000; tassa L. 50,10.

MURUZZANO (*Cuneo*). — Scad. 10 apr.; L. 7000 e 4 quinquenni dec. oltre L. 1500 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.

ORSERA (*Pola*). — Scad. 20 apr.; L. 9000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 900 indenn. malaria, L. 800 uff. san., L. 4000 automobile; riduz. 12 %; età lim. 25-40 a.; tassa L. 50.

OSOPPO (*Udine*). — Scad. 20 apr.; L. 8000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 500 serv. att., c.-v., lire 1000 trasp., L. 1000 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

OSTIANO (*Cremona*). — Scad. 15 apr.; L. 11.000 e addizionali L. 2,50 e L. 3 oltre i 1000 e i 2000 pov., uff. san. L. 1000, indennità trasp. da fissarsi, c.-v.; riduz. 12 %.

PONZANO MONFERRATO (*Alessandria*). — Posto di medico condotto. Stipendio L. 7000. Indennità di trasporto L. 500. Indennità di ufficiale sanitario L. 500. Il tutto soggetto alla riduzione del 12 % e alle ritenute di legge. Scadenza 15 maggio 1933. Per altre informazioni rivolgersi alla Segreteria comunale di Ponzano Monferrato.

PERUGIA. *Amministrazione Provinciale*. — Posto di direttore della sezione medico-micrografica del laboratorio provinciale di igiene e profilassi. In base alle norme e condizioni stabilite con avviso del 31 gennaio 1932-X, sono riaperti i termini per il concorso al posto su indicato, indetto con il summenzionato avviso e prorogato a tempo indeterminato con altro successivo del 31 luglio 1932-X. Gli interessati potranno chiedere alla Segreteria della Provincia copia del premenzionato avviso 31 gennaio 1932-X.

PORRETTA TERME (*Bologna*). *Ospedale Costa*. — A tutto 10 maggio, direttore; titoli; doc. a 3 mesi dal 22 mar.; L. 12.000 e partecipaz. 50-60-85 %; tassa L. 50,10.

REALMONTE (*Agrigento*). — Per titoli ed esami. Posto di Ufficiale Sanitario. Età massima anni 45. Stipendio annuo lordo L. 6000; ritenute di legge e riduzione 12 %. Scadenza 15 maggio 1933. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria comunale.

S. ARCANGELO DI ROMAGNA (*Forlì*). *Ospedale Civile*. — Al 20 apr., ore 20; medico assistente di chirurgia; L. 2000 annue e partecipaz.; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 20 mar.; servizio entro 15 gg.

S. NICOLA BARROCCIA (*Avellino*). — Scad. 30 apr.; L. 6000 e 5 quadrienni dec.; assegno temporaneo uff. san.; età lim. 45 a.

SANTHIÀ (*Vercelli*). — Per titoli ed esami. Posto di Ufficiale Sanitario per il Consorzio Santhià-Tronzano V.-Carisio. Abitanti 12.298, Stipendio L. 16.000 Indennità L. 3.500, al netto del 12 %. Dieci aumenti biennali. È inibito il libero esercizio professionale. Termine per presentazione domande alla Prefettura di Vercelli: 15 maggio 1933.

TREVISO. *Ospedale Civile « Elena di Savoia »*. — Per titoli. Posto di primario della Divisione Radiologica e Radium-Terapica: assegno annuo lire 7500 lorde, ridotte del 12 %; cinque aumenti quadriennali del 10 %; eventuale indennità caro-viveri; compartecipazione negli utili per cure dozzinanti. Scadenza 20 maggio 1933. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria.

VENEZIA. *Ospedali Civili*. — Medico direttore; proroga a ore 17,30 dell'8 aprile.

VERCELLI. *R. Prefettura*. — Posti di Ufficiali Sanitari per il Consorzio di Crescentino e per il Consorzio di Santhià. Vedi rispettivi avvisi in questa rubrica.

VERCELLI. *Ospedale Maggiore*. — Scad. 20 apr.; chirurgo primario. Rivolgersi segreteria.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Consorzio antitubercolare della prov. di Brescia.

Il Consorzio Antitubercolare di Brescia, allo scopo di poter disporre di dati e di rilievi sempre più precisi sull'andamento della tubercolosi nei Comuni della Provincia e nell'intento di poter sempre più efficacemente adeguare i rimedi ai gravi danni arrecati alle popolazioni più colpite dal morbo, bandisce, entro il 1° maggio 1933 (ore 12), un concorso fra i medici condotti della Provincia per uno studio sul problema della tubercolosi nel proprio Comune, escluso il Capoluogo.

Ciascuna monografia, che non dovrà avere una estensione superiore a 20 pagine di protocollo dattilografate, dovrà trattare e discutere le molteplici ragioni di indole locale che influiscono sul comportamento della infezione tubercolare in genere e di quella polmonare in ispecie nell'ambito del proprio Comune, con speciale riguardo alle abitazioni, ai fattori ambientali, economici, sociali, famigliari, ecc., prospettando i rimedi più pratici e più efficaci che a giudizio del sanitario dovrebbero o potrebbero essere adottati per fronteggiare adeguatamente la diffusione.

Per tale concorso sono istituiti i seguenti premi: 1° Premio: L. 2000 dovute alla munificenza dell'ill.mo sig. cav. R. Ferrari, medaglia d'oro, offerta dal Consiglio Provinciale dell'Economia e diploma; 2° Premio: L. 1000 e diploma; 3° Premio: n. 4 premi da L. 500 ciascuno e diplomi.

I signori medici condotti potranno, per ulteriori informazioni, rivolgersi al sig. dott. Copetta, Dispensario Antitubercolare (via Calatafimi 3, Brescia), in giorni non festivi, alle ore 15.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Sono nominati i seguenti direttori di Consorzi antitubercolari: dott. Paolo Spizzi per la provincia del Carnaro, prof. Bianchi per la provincia di Lucca, dott. Valerio De Santis per la provincia di Rieti. Il col. med. dott. De Maria è nominato commissario straordinario del Consorzio antitubercolare di Bari.

Sono insigniti della croce di cavaliere dell'Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro i tenenti colonnelli medici Arturo Monaco, Silvio Ciarlo e Siro Fadda ed i maggiori medici Marino Marinucci e Cesare Talenti.

NOTIZIE DIVERSE.

1° Convegno sulla tubercolosi osteo-articolare.

Promosso dall'Istituto Elioterapico « Codivilla » e sotto il patrocinio della Federazione Nazionale Fascista contro la tubercolosi, ebbe luogo a Cortina d'Ampezzo, nei giorni 25-26 febbraio, un convegno di tisiologi, chirurgi, ortopedici, igienisti, ecc. che si occupano della cura e dell'assistenza sociale nel campo della tubercolosi. L'organizzazione del convegno era affidata alla Sezione Veneta della Federazione. Esso era destinato alla tubercolosi osteo-articolare. All'inaugurazione intervennero il prefetto di Belluno comm. Gazzera, l'on. prof. Morelli, i proff. Manfredi, Gasbarrini, Bocchetti ed altre personalità; gli iscritti raggiunsero il numero di 300. Segretario del convegno è stato il prof. Molon.

Ragioni di spazio ci impediscono di dare il resoconto dei lavori; i nostri lettori lo troveranno nei periodici specializzati.

3° Congresso oto-rino-laringologico latino.

La Società Oto-Rino-Laringologica Latina si adunerà a Parigi dal 24 al 26 luglio, sotto la presidenza onoraria di Justin Godart, ex-ministro di sanità, e sotto la presidenza effettiva del dott. H. Bourgeois. Tema di relazione: « Le sordità nervose ». Conferenze: « La bronco-iniezione quale metodo di trattamento » (prof. Caliceti); « Manifestazioni amigdaliche nella patologia della serie ematica bianca » (prof. Fairen). I titoli delle comunicazioni possono inviarsi alla segreteria fino al 1° giugno. Saranno organizzate delle sedute operatorie. È in programma un ricevimento in onore dei congressisti stranieri. Le indicazioni sulle riduzioni ferroviarie saranno comunicate direttamente ai congressisti. Quote: 100 franchi francesi per i dottori in medicina; 25 per le persone delle loro famiglie. Rivolgersi al Dr. Chavanne, place des Cordeliers, Lyon, Francia.

Giornate Mediche di Bruxelles.

La 13ª Sessione delle Giornate mediche di Bruxelles avrà luogo dal 24 al 28 giugno, sotto l'alto patronato dei Sovrani del Belgio e sotto la presidenza del prof. Valère Cocq. I lavori saranno precipuamente destinati alla sifilide; tra i relatori figura Truffi di Padova. È in programma un'escursione ad Ostenda, ove avrà luogo l'inaugurazione ufficiale del Palazzo delle Terme. La quota, di 100 franchi, conferisce diritto, oltre che all'iscrizione, anche all'invito a tutte le feste (eccettuato il banchetto, che si terrà per sottoscrizione) e alla giornata di Ostenda (treno speciale, colazione, escursione in mare, tè, banchetto, concerto). Informazioni presso il segretario generale, Dr. René Beckers, rue Belliard 141, Bruxelles, Belgio.

Congressi medici varî.

La Società tedesca per la storia della medicina, delle scienze naturali e della tecnica si adunerà nei giorni 9 e 10 settembre a Erfurt; verranno rese onoranze al fondatore, prof. Sudhoff, di cui sarà festeggiato l'80° compleanno. Gli annunzi di comunicazioni vanno inviati, entro il 1° maggio, al prof. Dieppen, Universitäts-Str. 3 B, Berlin N M 7.

La Società tedesca di fisiologia si adunerà ad Innsbruck dal 6 al 9 settembre; per informazioni rivolgersi al prof. Brucke, Physiologisches Institut, Schopfstrasse 41, Innsbruck, Austria.

La Società tedesca di O.-R.-L. si adunerà a Dresda il 3 giugno; tema: « anatomia normale e patologica del labirinto e suo significato clinico »; relatori i proff. Nager (Zurigo) e Max Meyer (Würzburg).

La 3ª assemblea della Società tedesca di medicina e neurologia della Czecoslovacchia è stata indetta a Praga per il principio di aprile, sotto la presidenza del prof. Gamper.

Un Congresso slavo di medicina si terrà a Poznan, in Polonia, dal 10 al 15 settembre. Temi: il gozzo; i gruppi sanguigni in medicina legale.

Conferenze di semeiotica vestibolare.

Nella Clinica Oto-Rino-Laringoiatrica della R. Università di Perugia il prof. Giorgio Ferreri terrà dal 3 al 5 giugno 1933-XI, un breve ciclo di conferenze, con dimostrazioni pratiche, sull'« Esame funzionale dell'apparato vestibolare ».

Tassa d'iscrizione L. 100. Scrivere alla Clinica Oto-rino-laringoiatrica di Perugia.

Il sanatorio Benito Mussolini.

Fra i quaranta sanatori che il Regime con meravigliosa provvidenza va istituendo in ogni regione d'Italia, quello che s'intitola a « Benito Mussolini » è il più vasto, il più completo e moderno, da competere per il suo perfetto attrezzamento con i migliori istituti del mondo. Sorge a Roma in posizione saluberrima nel quartiere Portuense e risulta di un nucleo principale armonico e grandioso di sette fabbricati costruiti in declivio su di un'area di ben venticinque ettari. L'Istituto è capace di 1350 letti ed avrà un corpo sanitario di 50 medici, tra cui insigni luminari della scienza, e sarà diretto dall'on. Morelli, così benemerito della lotta contro la tubercolosi. Gli infermieri e assistenti ascenderanno a 150. Il piazzale d'accesso sarà intitolato al Forlanini, inventore del pneumotorace, cui sarà pure innalzato per sottoscrizione internazionale un monumento che conterrà le sue ceneri. La veduta d'insieme, con i giardini, i viali, le scalee, le fontane e i padiglioni, digradanti e terminanti in una vastissima esedra, sarà delle più fantastiche.

Completeranno il nucleo principale dell'Istituto, che rappresenterà una delle opere più gigantesche del Fascismo, meraviglia anche di tecnici stranieri, altri fabbricati minori per l'alloggio del direttore, i servizi di amministrazione e di economato, il dispensario antitubercolare, l'Istituto di anatomia patologica, il padiglione per le malattie settiche, l'alloggio per gli studiosi stranieri, ecc.

I lavori saranno completati entro la primavera.

Ospedale per le malattie infettive a Roma.

È molto avanzata la costruzione del grande ospedale per le malattie infettive a Roma, sulla via Portuense. Sono stati già compiuti nove fabbricati comprendenti la direzione e servizi varii, parte del padiglione contumaciale ed il padiglione dei malati in osservazione. Questi lavori hanno comportato una spesa complessiva di circa dieci milioni di lire.

È attualmente in corso di costruzione il deci-

mo dei fabbricati adibiti alle malattie infettive comuni.

Durante quest'anno verrà iniziata, e svolta in buona parte, l'installazione degli impianti di riscaldamento e degli impianti idraulico-sanitari nei dieci fabbricati stessi. Si procederà inoltre alla costruzione del fabbricato della Centrale termica per le caldaie dell'impianto di riscaldamento e per la lavanderia e disinfezione.

Sarà pure iniziata la costruzione del padiglione delle « malattie infettive gravi ».

Questi lavori sono finanziati per l'anno in corso nella misura di circa tre milioni di lire e saranno completati nel prossimo anno.

Il primo edificio del nuovo Ospedale Maggiore di Milano.

Il Consiglio degli Istituti Ospitalieri di Milano, d'accordo col Podestà, ha deliberato di dedicare ai fratelli gr. uff. Mario Crespi, comm. Aldo e comm. Vittorio, il primo edificio medico-chirurgico, a sinistra del nuovo Ospedale Maggiore, per il quale i fratelli Crespi hanno donato nel 1929 cinque milioni che, accresciuti di semestre in semestre degli interessi capitalizzati, raggiungono ora i sette milioni.

L'edificio sarà composto in parte di cinque ed in parte di sei piani fuori terra e comprenderà un reparto di chirurgia della capacità di 240 letti e nel quale gli ammalati saranno distribuiti in quattro piani; al primo ed al secondo piano avrà sede la terza Divisione chirurgica (120 letti in quattro sezioni da 30 letti ciascuna); al terzo ed al quarto piano la Divisione ortopedica, distinta in quattro sezioni come la precedente; un altro reparto riguarda la medicina ed avrà la capacità di 240 letti e in esso troveranno posto otto sezioni di medicina in quattro piani, mentre il quinto piano è riservato ai tubercolotici; vi sarà inoltre una sezione di ammalati paganti, con venti letti.

L' Ospedale sanatoriale di Arezzo.

Il 26 corr. è stato solennemente inaugurato ad Arezzo, con l'intervento degli onorevoli Bottai e Morelli, dei proff. Ilvento, Mendes, Severi ecc., un grande ospedale sanatoriale tipo, che sorge in località salubre e ridente; risulta di un corpo principale e di ali; misura circa 45.000 mc. in vuoto-pieno e copre una superfice di 3500 mq.; è capace di 350 ricoverati; è circondato da 3 ettari di terreno. La Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali ha sostenuto, per la costruzione, una spesa superiore a 10 milioni di lire.

All'Ospedale Italiano di Alessandria d'Egitto.

Durante la loro permanenza ad Alessandria d'Egitto i nostri Sovrani si sono recati a visitare l'ospedale italiano « Benito Mussolini ». Questo ospedale è segnato nell'albo d'oro della Colonia Italiana, essendo frutto degli sforzi dei nostri connazionali. Monumento superbo d'italianità, è stato inaugurato nel 1923 e comprende padiglioni attrezzatissimi, secondo i più moderni criteri della tecnica sanitaria, con uno stuolo di medici.

L'ospedale è citato come modello ed è preferito indistintamente da tutte le Colonie straniere, oltre che dagli egiziani.

I Sovrani, cui sono stati presentati i medici e le suore, si sono soffermati ad ammirare il padiglione della maternità, visitando poi gli altri padiglioni.

Di qui i Sovrani sono passati alla casa di riposo « Vittorio Emanuele III », inaugurata l'anno scorso. Questa casa raccoglie i vecchi della nostra Colonia, che prima erano affidati ad un Istituto Internazionale.

Poliambulanza ferroviaria a Napoli.

Con solenne rito fascista ha avuto luogo a Napoli l'inaugurazione della Poliambulanza della « Sanitaria Arnaldo Mussolini », emanazione dell'Istituto Nazionale delle Comunicazioni, alla presenza del Principe di Piemonte e delle principali autorità cittadine e gerarchie del Partito.

Dopo la benedizione dei locali, impartita dal Cardinale Ascalesi, il Principe di Piemonte, seguìto dalle autorità, ha visitato i vari reparti, rispondenti alle più scrupolose norme igieniche, intrattenendosi con i sanitari, che hanno illustrato il funzionamento delle macchine e degli apparecchi, costruiti in Italia, secondo gli ultimi dettami della scienza.

Quindi il comm. Recchi, presidente della « Sanitaria Arnaldo Mussolini », nel salone della direzione ha pronunziato un breve discorso illustrando gli scopi e le provvidenze che costituiscono il programma dell'Istituzione.

Il nuovo Policlinico di Friburgo.

È stato creato un nuovo grandioso Policlinico per la Scuola di medicina presso l'Università Alberto Luigi a Friburgo in Brisgau (Germania).

La Facoltà medica di Friburgo è una delle più antiche della Germania e assunse molto sviluppo al principio del secolo scorso, sotto il regno del granduca Luigi di Baden. Il Policlinico ora eretto è quasi ultimato; ha sviluppo in superfice; risulta di numerosi corpi di fabbrica, strettamente collegati, a meandri. Comprende una clinica medica ed una chirurgica. Vi sono attuate le istallazioni e i trovati più moderni e perfetti.

Ospedale per gli affetti da lupus a Praga.

È stata decisa a Praga la fondazione di un ospedale per i malati di lupus; conterrà 100 letti; le spese si eleveranno a 7 milioni di corone. Fin'ora i luposi della Czecoslovacchia venivano curati con risorse non sempre adatte; a volte venivano mandati sino a Vienna.

Una scuola per infermiere visitatrici a Lione.

Si è iniziata a Lione la costruzione di una Scuola per infermiere visitatrici, la quale sarà una delle migliori d'Europa. È stata promossa dalla Fondazione Rockefeller, che all'uopo ha donato 4 milioni di franchi, mentre una somma uguale è stata stanziata dal Governo francese. Essa sorgerà in un terreno situato tra la Scuola di Medicina di Grauche-Blanche e il Giardino Botanico. Viene considerata come un complemento così degli Ospedali come della Facoltà Medica.

L'ospedale pei negri a New York.

Da molto tempo le organizzazioni negre di New York elevavano delle proteste relative all'Ospedale Harlem, destinato esclusivamente ai negri. Si affermava che, nel reclutamento del personale sanitario, si facevano spesso prevalere ragioni politiche, invece di far cadere la scelta sugli elementi tecnici più idonei, e che l'efficienza dell'istituzio-

ne ne soffriva. Le lamentele sono state riconosciute giuste, tanto che nel 1930 il direttore sanitario dell'Ospedale, dott. Gref, decise di licenziare 25 medici. L'« Associazione Nazionale per la tutela delle genti di colore » ha ora nominato una Commissione di medici, affidandole l'incarico di compiere un'inchiesta assolutamente obbiettiva e di procedere alla riorganizzazione del personale e dei servizi. Tutti i medici invitati hanno accettato di far parte della Commissione, che lavora in piena intesa col direttore sanitario.

Fondazione Castellino.

Nell'assemblea generale dell'Ordine dei Sanitari di Napoli e provincia, l'on. presidente prof. G. Salvi diede lettura della proposta del prof. P. Castellino di istituire due borse di studio annuali di lire 1000 ciascuna, per laureati nell'Ateneo napoletano, oltre ad una biennale, pure di lire 1000, affidando il capitale di lire 50.000 all'Amministrazione dell'Ordine dei Sanitari stessi. Secondo le disposizioni del fondatore, il giudizio del concorso dovrà essere devoluto ad una Commissione di due clinici e del presidente dell'Ordine dei Sanitari e le due prime borse, a parità di condizioni di titoli (*curriculum* di carriera universitaria, valore delle rispettive tesi di laurea in clinica medica), dovranno essere aggiudicate ai due laureati che siano figli di medici, mentre al premio biennale potranno soltanto concorrere i figli dei medici della provincia di Napoli.

Elargizioni e legati.

L'Ospedale degli Infermi di Biella e l'Ospedale di San Giovanni di Andorno stanno per entrare in possesso di una vistosa eredità, disposta in loro favore dal filantropo cav. geom. Emilio Moscia Riatel, morto a Rosazza nel 1909. Questi, che già durante la sua esistenza aveva beneficato le istituzioni pubbliche del suo paese, morendo lasciava diversi legati benefici e assegnava l'usufrutto degli altri suoi beni ai nipoti, precisando che la proprietà dei beni stessi doveva passare ai pronipoti ed in mancanza di essi, divisa in parti eguali fra i due ospedali predetti e il Comune di Rosazza.

Poichè i nipoti sono deceduti senza lasciare eredi, ad ognuno degli Enti indicati si calcola che potranno spettare circa 400.000 lire.

A Pallanza l'ing. Luigi Bauer, morendo in età di 78 anni, ha legato la somma di 100.000 lire all'Ospedale Castelli e all'Orfanotrofio maschile, e ha disposto che la sua villa, valutata 400.000 lire, passasse in proprietà dell'Istituto dei vecchi poveri della città.

L'alimentazione dell'Esercito italiano.

Il Governo nazionale, per svincolare, al massimo, l'economia italiana dalla soggezione dei mercati esteri, ha già emanato da tempo varie disposizioni tendenti a raggiungere tre scopi: rendere il vitto sempre più variato e quindi più gradito al soldato; diminuire il più possibile il consumo di quelle derrate che si debbono importare dall'estero; contribuire allo sviluppo dell'economia nazionale. Fra le misure prese per ottenere questi scopi vi è stata quella della sostituzione della carne per due giorni alla settimana col minestrone e col formaggio, ottenendo, in tal modo, una riduzione di importazione di circa 4000 tonn. di carne congelata. Si vengono così a consumare circa 15.000 q.li di formaggi da taglio e circa 10.000 q.li di formaggi per condimento, in complesso un consumo di 25.000 q.li.

Assistenza agli alpinisti in Italia.

Il Club Alpino Italiano sta organizzando un sistema di assistenza sanitaria in montagna. Un apposito regolamento è stato approntato dall'on. Manaresi. In esso si stabilisce che nei principali centri alpinistici si costituisca un servizio di assistenza, sotto la sorveglianza della Sezione del Club, che dovrà provvedere al funzionamento. Questi posti saranno tenuti sotto il controllo della Commissione medica e del Comitato Scientifico del Club Alpino.

Controllo sanitario dei "pupilli della Nazione" in Francia.

L'Ufficio dipartimentale dei « pupilli della Nazione » di Poitier, d'intesa col Sindacato medico locale, ha organizzato il controllo sanitario obbligatorio di tutti gli orfani di combattenti della Nazione, fino all'età di 18 anni, allo scopo di segnalare i deboli, anemizzati, minacciati o colpiti da malattie che necessitano cure climatiche o l'invio in preventorî o in sanatorî.

Assicurazione contro gl'infortuni degli scolari in Francia.

Un'ordinanza ministeriale ha disposto in Francia la creazione di una Commissione speciale per studiare l'organizzazione e il funzionamento dell'assicurazione contro gl'infortuni della popolazione scolastica degli istituti d'insegnamento secondario. La Commissione è costituita da delegati del Governo e da rappresentanti designati dalle associazioni dei genitori degli alunni.

Esami psicotecnici degli scolari in Czecoslovacchia.

Sono stati organizzati in Czecoslovacchia gli esami psicotecnici degli allievi diplomati delle scuole secondarie, allo scopo di facilitare loro la scelta di una carriera, prima dell'iscrizione nelle scuole superiori.

Scambio di bambini fra medici di nazioni diverse.

Come ne demmo già notizia, nel settembre 1931 l'Associazione Professionale Internazionale dei Medici (A.P.I.M.), su proposta presentata dal corrispondente nazionale del Lussemburgo, dottor Schaetgen, prese in esame un progetto di scambio dei bambini di medici appartenenti ai 31 gruppi nazionali che formano l'Associazione. Lo scambio avrebbe come scopi principali di favorire le villeggiature dei piccoli in climi e luoghi indicati e di dar modo ad essi di perfezionarsi nella lingua del Paese scelto; ciò con l'obbligo delle sole spese di viaggio, equiparandosi, nello scambio, quelle di permanenza. Siccome lo scambio avvenne nell'ambiente medico, il soggiorno presenterebbe ogni garanzia; sarebbe inoltre preceduto da formalità obbligatorie, fra cui, principale, la risposta ad un dettagliatissimo questionario sull'ambiente materiale e morale destinato ad accogliere il bambino.

Il progetto, con accluso questionario, di cui la « Presse Médicale » del 22 febbraio 1933 ha pubblicato i dettagli, è stato presentato dall'A.P.I.M.

ai diversi gruppi nazionali per l'approvazione e per le modificazioni che ciascuno di essi crederà di proporre. In base alle risposte dei gruppi nazionali, nell'8ª Sessione del Consiglio Generale dell'A.P.I.M., che avrà luogo a Londra durante il settembre 1933, si potrà concretare il progetto per una soluzione definitiva.

Raccolta documentaria per l'Esposizione di Chicago.

Il nostro Sovrano, accompagnato da alte autorità e personalità scientifiche, ha visitato l'imponente raccolta di cimeli e documenti che comprovano il contributo italiano al progresso delle scienze, destinati all'Esposizione di Chicago. La raccolta, preparata dal Consiglio Nazionale delle Ricerche, ha trovato temporaneamente sede a Roma in padiglioni presso piazza Adriana. Vi è largamente rappresentata la medicina.

I medici fascisti di Napoli alla Mostra della Rivoluzione.

Il Comitato Provinciale di Napoli della Confederazione Nazionale Sindacati Fascisti Professionisti ed Artisti ha organizzato un'adunata a Roma dei professionisti ed artisti della Provincia per la visita alla Mostra della Rivoluzione. Vi hanno partecipato numerosi sanitari. Hanno avuto luogo visite facoltative a Littoria e alle nuove opere del Regime in Roma.

Il banchetto dell'Unione Medica Latina.

Il 15 marzo, sotto la presidenza del ministro Georges Leygues, la « Umfia » ha festeggiato a Parigi, nel palazzo d'Orsey, il suo 20° anniversario con un banchetto, al quale hanno partecipato 350 persone. V'intervennero i rappresentanti diplomatici delle Nazioni latine; l'Italia era rappresentata dall'ambasciatore conte Pignatti Morano di Custoza. Erano pure presenti molte delle maggiori personalità della medicina francese e molti uomini politici. Parlarono i proff. Richet e Bezançon, il ministro Leygues, l'ambasciatore del Brasile De Souza Dantas, il presidente Dartigues, il segretario generale Molinéry e il dott. Ruffier per la Commissione del latino. Seguì un ballo organizzato dalla « Giovane Umfia ».

Medici francesi in Italia.

Sotto il patronato dell'« Unione Medica Latina » il periodico « L'Univers Médical » organizza un viaggio di medici francesi in Italia. Il dott. Dartigues, presidente dell'Unione, porterà a Roma il saluto della latinità. Si daranno dei ricevimenti in onore degli ospiti, i quali si propongono di conoscere e apprezzare le opere compiute in Italia durante gli ultimi anni. La partenza da Parigi avverrà il 9 aprile. Per eventuali informazioni rivolgersi all'ufficio dell'Umfia, rue de la Pompe 81, Paris XVIe; oppure all'ufficio turismo de « L'Univers Médical », rue Caumartin 24, Paris VIIIe.

Il concorso per l'internato a Parigi.

Intorno agli incidenti occorsi al concorso annullato per medici interni agli ospedali di Parigi, sono state diffuse molte esagerazioni, su cui richiama l'attenzione H. Grenet nella « Gazette des Hôpitaux » del 15 marzo. Per esempio, alla tribuna parlamentare il ministro di sanità ebbe a riferire che il 46 % degli scritti d'esame portavano segni di riconoscimento; ciò porterebbe a far credere che quasi la metà dei 620 candidati abbia tentato di frodare. Invece l'inchiesta venne ristretta a 36 candidati, cioè al 6 % del totale; e di essi 24 erano stati esclusi in una o due prove: di modo che la proporzione va riferita solo ad una minoranza. La vasta ripercussione si deve al suicidio di una dottoressa lettrice (non candidata, come era stato erroneamente affermato), la quale ora è stata riconosciuta esente da colpe. I risultati dell'inchiesta dunque non intaccano l'onorabilità del corpo sanitario parigino.

Falso medico condannato.

Alla Pretura di Firenze è stato discusso il processo contro Gabriele Mattina, di anni 39, da Barrafranca Enna (Sicilia), truffatore dai molti nomi, delle cui rocambolesche gesta ebbe ad occuparsi largamente la stampa. L'avventuriero doveva rispondere di falso in atto pubblico e di essersi arrogata la qualifica del titolo accademico di dottore. Il pretore ha ritenuto il Mattina responsabile dei reati ascrittigli, con l'aggravante della recidività, e l'ha condannato a 22 mesi di reclusione e L. 5000 di multa.

Per la profilassi del tracoma e l'igiene oculare.

Dal 12 al 23 aprile il prof. Gaetano Lodato, direttore della R. Clinica oculistica di Palermo, terrà nei locali della Clinica (Ospedale Concezione) un corso di lezioni sulla profilassi del tracoma e sull'igiene oculare, per insegnanti elementari e direttori d'istituti di educazione e collettività.

Campagna antitubercolare.

Mentre questo numero va in macchina viene inaugurata con grande solennità, da S. M. la Regina, la campagna antitubercolare. Ne daremo ulteriori notizie.

È morto a Napoli il prof. CARLO CUCCA, valente e apprezzato ostetrico-ginecologo; fondò e diresse « La Rassegna Ginecologica », che ha avuto diffusione e credito; ebbe parte anche nella vita pubblica, come consigliere comunale e provinciale e come deputato. A. P.

In un accesso di angina pectoris il 22 marzo è deceduto il prof. GIUSEPPE PIANESE, mentre era al lavoro, nell'Istituto di anatomia patologica dell'Università di Napoli, da lui diretto.

Dell'illustre scienziato avemmo occasione di dare la biografia di recente, quando egli venne nominato accademico d'Italia.

Proprio negli scorsi giorni aveva commemorato, all'Accademia d'Italia, il suo predecessore, prof. Antonio Dionisi.

Era nato a Civitanova del Sannio nel 1854.

M. P.

Si è spento improvvisamente a Bologna, il 20 marzo, il prof. GIULIO VALENTI, ordinario di anatomia umana normale in quella Università, uno dei più stimati allievi del Romiti. Era nato a Siena il 18 luglio 1860 e teneva la cattedra da 35 anni. La sua attività scientifica, pregevole e varia, si svolse in numerose ricerche di anatomia macro- e microscopica e di embriologia. Più di 50 memorie rimangono ad attestare la sua attività di studioso assiduo e tenace. P. I.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. A. M. A., 12 nov. — G. HERRMANN e al. Diuresi e insufficienza cardiaca. — J. H. DOM. Predizione del sesso.

Pathologica, 15 nov. — A. MANAI. Eritremia acuta.

Morgagni, 27 nov. — A. GASBARRINI e M. RIGONI. Riflesso di Pagano-Hering negli ipertesi.

Brit. Med. Journ., 26 nov. — J. C. G. DEDINGHAM. Alterazioni dei tessuti nelle malattie da virus (filtrabili). — R. A. GREEVES. Alterazioni della refrazione dei mezzi oculari nei diabetici.

Deut. Med. Woch., 25 nov. — HOFF. Uremia ipocloremica. — BURKARDT. La nuova terapia dei reumatismi: mobilizzazione delle articolazioni irrigidite.

Quart. Journ. of Med., ott. — T. J. O' REILLY e J. RACE. Osteite deformante. — R. PLATH. Focolai settici e nefrite. — W. R. F. COLLIS. Reazioni cutanee nel reumatismo acuto. — A. M. COOKE. Alcalosi durante la cura alcalina delle ulcere peptiche. — T. I. BENNETT e al. Steatorrea idiopatica.

Med. Klinik, 25 nov. — W. NONNENBRUCH. Il problema delle tonsille.

Morgagni, 30 ott., G. BOERI. L'uva e il glucosio nell'alimentaz. e nella terapia.

Presse Méd., 9 nov. — N. FIESSINGER. La funzione d'arresto del fegato.

Rev. Med. de Barcelona, sett. — A. PIERY e M. CASANOVAS. Monilie e moniliasi. — J. A. COLLAZO e al. Ipofisi e metabolismo degli idrocarbonati.

Rev. Méd. Lat.-Amer., sett. — L. YMAZ APPATHIÈ. Trattam. biologico dell'idatidosi umana. — J. W. TOBÍAS. Sindrome apico-costo-vertebrale dolorosa.

Ann. de Méd., nov. — J. CHALIER e al. Difteriti maligne mortali.

Arch. de l'Inst. Pasteur d'Algérie, 3. — AUBRY e DUMOLARD. Malaria cronica. — H. FOLEY e al. Cutireazione alla tubercolina di Koch e al B-C-G.

Journ. Méd. Franç., ott. — Numero sulla dietetica della seconda infanzia.

Practitioner, dic. — Numero sull'allergia e sulle malattie mentali e nervose.

Deut. Med. Woch., 2 dic. — Numero sul freddo e le malattie.

Riv. San. Sicil., 15 nov. — G. DI GUGLIELMO. L'insufficienza di cuore e la sua terapia.

Prensa Méd. Argent., 30 ott. — C. BONORINO UDAONDO. Placentografia.

Med. Welt, 3 dic. — W. BACHMANN, v. METTENHEIM. Le malattie da perfrigerazione.

Sang, 9. — F. MICHELI e C. DOMINICI. Ittero emolitico congenito e familiare con bilirubinemia atipica.

Ann. di Ost. e Gin., 31 ott. — S. C. RUSSO. Prova dell'alcoolemia provocata nella gravidanza fisiologica.

Nutrition, 4. — Numero sulle sequele della colecistectomia.

Med. Welt, 19 nov. — G. LOCKEMANN. Morbo di Haff.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier

Interessante pubblicazione per tutti indistintamente i Medici:

Prof. Dott. AUGUSTO FRANCHETTI MEDICO PROVINCIALE PRESSO LA DIREZIONE GENERALE DELLA SANITÀ PUBBLICA

Appunti di legislazione per gli Ufficiali Sanitari

Affinchè i lettori possano rendersi conto dell'interesse pratico di questo Manualetto, riportiamo l'Indice dei Capitoli e l'Indice alfabetico delle Materie:

INDICE DEI CAPITOLI

INDICE DELLE MATERIE

Volume, in formato tascabile, di pagg. VIII-200, nitidamente stampato. Prezzo L. **12**, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **10,60** in porto franco.

Per ottenere quanto sopra inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI, Ufficio Postale Succursale diciotto, ROMA.

ANNO XL Roma, 10 Aprile 1933 - XI Num. 15

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DI S. SPIRITO IN SASSIA - ROMA
SALA S. CARLO BACCI
Primario: Prof. A. NAZARI.

Osservazioni sopra un caso di leishmaniosi ribelle alle cure e guarito dopo aver superato una infezione tifica.

Dott. GIUSEPPE FABRI, aiuto medico.

Il caso che desidero illustrare è di grande interesse clinico.

Riassumo innanzi tutto la storia della bambina: Maria D. I., di anni 6.

Nulla a carico dell'anemnesi remota e famigliare. La malattia ebbe inizio ai primi del dicembre 1924 con febbre irregolare, che raggiungeva alle volte i 40°; successivamente insieme alla febbre la madre ebbe a notare deperimento e pallore, che lentamente si sono accentuati nel decorso della malattia. Contemporaneamente l'addome aumentava di volume.

All'esame obiettivo si notava: Notevole denutrizione, scarso pannicolo adiposo, cute e mucose pallide, ipotonia muscolare. Il torace svasato alle basi, all'ascoltazione alla base sinistra reperto di rantoli e medie bolle, nel rimanente nulla. Nulla a carico dell'apparato cardio-vascolare. La nostra attenzione era richiamata sull'addome, che era fortemente aumentato di volume, cadente sui fianchi, reticolo venoso appariscente; non si avvertiva presenza di liquido libero. Fegato: margine superiore dell'ottusità assoluta alla 6ª costola sulla emiclaveare, il margine inferiore debordava di tre dita dall'arco costale sulla emiclaveare prolungata, di consistenza aumentata, superficie liscia. Milza: polo superiore alla 6ª costola sull'ascellare media, limite anteriore all'interno dell'emiclaveare, il polo inferiore alla cresta iliaca, consistenza aumentata, superficie liscia, incisura sul margine.

In tali condizioni venne la bambina trasferita all'8° Padiglione dell'Osp. Policlinico Umberto I il 26 maggio 1926 dall'Istituto di Patologia Medica, ove le era stato praticato una cura energica di tartaro stibiato per via endovenosa fino a 4-5 ctgr. al giorno (in tutto circa 80 ctgr. di tartaro stibiato).

L'esame di sangue eseguito dava: globuli rossi 2.000.000, Hb. 30. Valore globulare 0,75, globuli bianchi 4200 (neutrofili 32, eosinofili 1, basofili 1, linfociti 56, monociti 8); morfologicamente a carico della serie rossa: poichilocitosi, anisocitosi. policromatofilia, qualche megaloblasto.

L'esame di strisci con poche goccie di sangue.

prelevato mediante la puntura della milza, dimostrava il parassita di Leishman.

Dopo qualche giorno di degenza, venne iniziata una serie di iniezioni endomuscolari di Trepol (per bambini); una iniezione ogni quarto giorno e le ne vennero praticate 8.

Le condizioni si mantennero stazionarie. In questo periodo la temperatura non raggunse mai alti gradi, il massimo 38°, ed ebbe carattere intermittente. Le remissioni solevano essere irregolari e incostanti. Riporto qui la grafica:

Il 14 luglio insorse febbre alta a tipo continuo. Nulla di nuovo obiettivamente in primo tempo tranne riduzione di suono alla base sinistra con crepitazione inspiratoria. Un nuovo esame di sangue (prelevato dalla puntura della milza) fu positivo per il parassita di Leishman. In seguito la malata si aggravò rapidamente, la lingua secca, impaniata e arrossata alla punta. Respiro 44. Polso 124.

L'emocoltura prelevata in quinta giornata venne positiva per il tifo; così pure la sierodiagnosi risultò positiva (+++).

Riporto la grafica della temperatura per il periodo di tempo che rimase ricoverata.

I genitori impressionati vollero farla dimettere dall'Ospedale.

Potei ugualmente tenerla in osservazione; il tifo fece il suo decorso regolare ed ebbe la durata di quattro settimane. Durante la convalescenza si cominciò a notare un miglioramento, un ritorno graduale delle forze; non si verificarono più le

leggere elevazioni febbrili che presentava prima che insorgesse il tifo. Le mucose avevano preso il colorito fortemente anemico, il fegato e la milza si andavano riducendo gradualmente. Il miglioramento fu progressivo e rapido. La bambina cominciò ad alzarsi, ad aiutare la madre nelle faccende domestiche e ad andare a scuola.

Sono passati sei anni e in questo periodo non ha sofferto di malattie degne di nota. Ora frequenta la quinta elementare. È una bambina diligente e la maestra ne è molto contenta.

Attualmente le condizioni generali sono buone. L'esame obiettivo completamente normale. Addome di forma e volume normale tranne una modica diastasi dei retti. Il fegato nei limiti; la milza il cui polo superiore arriva alla IX costola, in basso si palpa, dura al tatto, un dito sotto l'arcata. L'esame del sangue dà: corpuscoli 4.200.000. Hb. 90. Leucociti 7.200 (la formula leucocitaria normale).

Siamo proprio al punto di spiegarci come sia guarita questa bambina, tanto resistente alla cura di tartaro stibiato, dalla primitiva infezione.

Un fatto è certo, e ce lo dice l'esame di sangue eseguito due volte a distanza con la puntura della milza, che la bambina era tuttora affetta da leishmaniosi prima che si infettasse col tifo e durante l'infezione tifosa.

Qui comincia l'oscurità e con l'oscurità l'ipotesi.

Si potrebbe pensare che il tifo abbia condotto alla guarigione per un antagonismo biologico tra bacillo di Eberth e il parassita di Leishman questo però non è provato.

Si sa invece che la fagocitosi nel tifo è straordinariamente intensa, e assume un grado considerevole rispetto alle altre malattie infettive come la febbre ricorrente, il tifo esantematico ecc. Lo stato irritativo delle cellule del reticolo della milza, che si manifesta con moltiplicazione cellulare e notevole attività fagocitaria, appartiene alle reazioni generali del tifo.

Secondo Aschoff, nel tifo si ha una reazione caratteristica dell'apparato reticolo-endoteliale, le cui cellule vengono eccitate alla fagocitosi in tutti gli organi nei quali il bacillo del tifo o i loro veleni giungono in sufficiente concentrazione.

Tali organi vengono rappresentati dal sistema linfatico dell'intestino, dalle glandole mesenteriche e dalla milza che sono precisamente le parti che più reagiscono all'infezione tifica.

D'altra parte nella Leishmaniosi, la ricerca microscopica degli organi dimostra alterazioni di strutttura dipendenti dall'accumulo di parassiti. La quantità dei parassiti è variabile nei singoli casi, ma il deposito più comune e più abbondante trovasi negli elementi cellulari dello stroma reticolare degli organi linfatico-emopoietici.

Nella milza tifosa si ha un sovraccarico dei seni con cellule fagocitanti e si notino numerose mitosi delle cellule del reticolo della polpa. espressione di processi proliferativi.

D'altra parte nella Leishmania i parassiti si trovano in gran quantità nei seni della milza e le cellule del reticolo della polpa per lo più rigonfie e contenenti parassiti.

Si può pensare, che nel mio caso sia avvenuta una « reazione fagocitaria », che abbia permesso poi una completa « restitutio ad integrum ».

Vi è poi un'altra ipotesi da fare. Nel caso presente si ha avuto un rapido passaggio dalla temperatura modica, irregolare, disordinata tanto per la intensità, che per le ore di apparizione delle ascensioni termiche, a una temperatura molto elevata a tipo continuo prodotta dal tifo.

Si potrebbe pensare che queste alte temperature abbiano indotto profonde modificazioni nell'organismo con conseguente guarigione della malata.

Certo che le alte temperature hanno la funzione di un reale stimolo curativo, funzione multipla, che comprende l'aumento di attività degli organi ematopoietici (leucocitosi,ecc.), aumento della produzione degli anticorpi nei malati d'infezione, una maggiore attività del ricambio, uno stimolo della fagocitosi ecc.

La febbre può guarire. (Ippocrate, Raggi 1876)

Le proteine eterogenee o i loro prodotti disintegrativi sono agenti particolarmente atti a modificare i centri nervosi termogenetici e termoregolatori; si riconduce il meccanismo patogenetico della febbre a quello di una « intossicazione proteica ».

L'organismo viene messo in istato di modificata capacità reattiva rispetto agli stimoli morbosi e in esso si svolgono quei fenomeni di aumentata disintegrazione proteica agevolando la distruzione dei tessuti necrotici, la distruzione o eliminazione dei veleni, ecc.

Il principio fondamentale d'iniettare sostanze estranee all'organismo per provocare una reazione ematofebbrile (febbre, leucocitosi, ecc.) risale ai vecchi tentativi di curare tubercolosi con iniezione di cinnamato di sodio, e a certi tentativi di batterioterapia basati su pretesi antagonisti per es. (tra bacillo del carbonchio e streptococco).

In questi ultimi anni sono stati consegnati numerosi lavori.

Molti sono oggi i mezzi piretoterapici conosciuti alla letteratura: mezzi chimici, febbre ricorrente, sodoku, ecc.

Accenno alla larga applicazione della malarioterapia (piretoterapia biologica) per la cura della paralisi progressiva, e voglio ricordare le applicazioni malario-terapiche in alcune emopatie, quali le leucemie (Lucherini, Schupfer) e in altri campi (blenorragia, ecc.).

Ho voluto citare le due ipotesi più verosimili, nelle quali naturalmente mi riserbo di ritornare nella speranza che io, trovando altri casi, e tutti coloro che vorranno tentare questa terapia tifica sulla Leishmaniosi, possano dare un giudizio definitivo.

Intanto è mia intenzione praticare esperimenti in proposito su animali (cani, conigli) per studiare sperimentalmente il comportamento della Leishmaniosi a seguito della inoculazione del bacillo del tifo.

Novembre, 1932-XI.

RIASSUNTO.

L'A. presenta un caso di leishmaniosi ribelle alle cure e guarito dopo un'infezione tifica, e si ripromette di studiare sperimentalmente il comportamento della leishmaniosi a seguito della inoculazione del bacillo del tifo.

NOTE E CONTRIBUTI.

Ancora a proposito di appendicite e tubercolosi.

Prof. dott. T. SILVESTRI
già aiuto all'Ist. di Patologia Medica, Modena.

Landouzy era rimasto colpito dalla frequenza con cui gli ammalati di tubercolosi avevano nelle loro anamnesi una appendicectomia pregressa, tanto da pensare che molte delle appendiciti acute, di cui ci sfugge la causa, fossero da ritenere di origine tubercolare, non però come il risultato di una localizzazione del germe, sibbene di una reazione locale ad una bacillosi generale o alla tubercolosi di un altro organo o apparato. Sulla scorta di una diligente, sistematica ed imparziale osservazione clinica, io ho potuto mettere in rilievo:

1) che su 103 casi di appendicite, di cui 73 operati già, 47 presentavano lesioni tubercolari (pleurite, orchiepididimite, osteoperiostiti) ossia 45,6 %. Dei 49 casi da noi seguiti fin dall'inizio, dalle prime manifestazioni, cioè dall'appendicite, in 9 vi erano lesioni tubercolari, non ancora spente al momento della appendicectomia; in 10 erano in corso manifestazioni attive Kochiane; in 7 sono seguite. (« Riforma Medica », n. 2, 1920);

2) che su altri 13 casi di appendicite, 9 presentavano note tubercolari più o meno gravi, per cui in seno alla Società Medico-Chirurgica locale (Sed. 21 giugno 1921) io presi posizione contro la *forma pseudo-tubercolare dell'appendicite cronica*, tanto artificiosamente individualizzata dagli autori francesi;

3) che su 97 casi di appendicite osservati dal luglio 1921 al 1925, per tre quarti operati al momento dell'esame, 51 presentavano lesioni tubercolari varie, in massima pleuropolmonari; 8 avevano solo grave eredità tubercolare diretta e collaterale; 4 erano affetti da splenomegalia, che si sarebbe stati portati a considerarli di natura tubercolare (in « Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche », n. 46, 1925).

Quindi, a parte i 4 casi di splenomegalia accennati e gli altri gravemente tarati nei riguardi dell'eredità tubercolare, ben 107 su 213 dei già pazienti di appendicite delle mie statistiche, presentavano lesioni tubercolari più o meno gravi, ossia il 50 % circa.

Il prof. Ott (in « Riforma Medica », 1929), riferisce su 18 osservazioni di appendicite cronica *d'emblée*, che crede siano il risultato di una reazione tossica locale ad una bacillosa latente, localizzata in altro organo, benchè le ricerche anatomo-istologiche e batteriologiche delle appendiciti asportate da lui non lo autorizzino ad ammettere tale natura, chè l'appendicite si presentava come una flogosi cronica banale.

Il benessere, dopo l'atto operativo, dice, che si manifesta a breve scadenza dall'appendicectomia, sia nelle condizioni generali che del tubo digerente, fanno giustamente pensare che i disturbi accusati dai malati erano da ricollegare allo stato appendicolare (appendiciti croniche, qualunque ne sia la natura).

Data però, continua, che in 4 soltanto sui 18, il benessere si è mantenuto, mentre in tutti gli altri, a distanza di 1-4 anni dall'appendicectomia, sempre però dopo un completo benessere, si sono avute localizzazioni varie di tubercolosi, è condotto ad ammettere che i casi di appendicite cronica *d'emblée*, da lui osservati, erano di natura tubercolare (tubercolosi infiammatoria *sensu strictiori*).

Dal 1925 ad oggi, il materiale raccolto da me al riguardo è di oltre 200 casi, fra i quali parecchi di quelli che nelle precedenti statistiche erano risultati indenni da tubercolosi.

Ebbene, 131 di questi presentavano evidenti lesioni tubercolari, così che la proporzione è salita al 66 %, cifra addirittura impressionante, quando si pensa che nei casi classificati per indenni, non sempre si è fatto tesoro, per diverse circostanze, di tutti i mezzi di indagine del caso, chè la latenza in fatto di tubercolosi è all'ordine del giorno.

Si aggiunga poi che in questa nostra trattazione non trovano posto la tubercolosi primitiva dell'appendice, perchè, sebbene possa per un momento mentire le apparenze di una appendicite comune, ben presto entrano in scena sindromi che ci mettono sull'avviso circa la diagnosi di natura della medesima.

Faccio pure astrazione da quelle sindromi appendicolari, che in un determinato momento della sua evoluzione può presentare la peritonite tubercolare acuta, non solo perchè di regola l'appendicite è sana, ma perchè anche fosse compromessa o semplicemente infiammata, sarebbe sempre lesa successivamente, secondariamente; e noi non abbiamo di mira che l'*appendicite comune acuta primitiva*, o per lo meno ritenuta tale.

A nessuno può sfuggire l'importanza di questi fatti, importanza eminentemente sociale, se poco meno di tre quinti degli appendicitici, da noi presi in considerazione, sono o dei tubercolosi in atto o diventeranno tali a più o meno breve scadenza.

Donde spontanea la domanda: qual parte giuoca la tubercolosi nei nostri appendicitici? Si tratta di pura coincidenza, o fra l'una e l'altra esistono rapporti etiopatogenetici? Dare una risposta definitiva rigorosamente scientifica, che non presti il fianco alla critica anche più benigna, è problema quanto mai arduo, e, bisogna confessarlo, superiore alle nostre forze. L'appendicite, infatti, scoppia in un soggetto con lesioni tubercolari in atto: niente ci autorizza a ricollegare quella a queste, essendo pacifico che non tutte le organopatie in tubercolosi sono necessariamente della stessa natura.

L'eventuale rilievo di una bacillemia Kochiana, può essere infatti semplicemente la espressione di una bacillemia di sortita, di passaggio; nè le ricerche anatomo-istologiche ci danno, anche nei casi positivi, una sicurezza assoluta al riguardo.

Infatti l'eventuale presenza di germi tubercolari nelle appendiciti asportate non indicherebbero che essi ne siano gli agenti in causa, potendo essere, lo ripeto, semplicemente bacilli di sortita, di passaggio, o rappresentare un reperto accidentale, tanto è vero che il bacillo di Koch è stato trovato non di rado anche in organi sani.

Durante (senior) poi, in uno studio importantissimo, fa rilevare che è proprio nel cieco ed appendice che più spesso la tubercolosi si mostra del tutto localizzata, mentendo i caratteri, rispetto alla seconda di una *infiammazione ordinaria banale*, e rispetto al primo di una neoplasia comune.

E dobbiamo confessare che il concetto di una tubercolosi infiammatoria *sensu strictiori* (Durante, Grocco, Poncet) va sempre più guadagnando terreno.

Quindi, se la presenza di bacilli di Koch in una appendice infiammata non ci autorizza ad ammettere necessariamente la natura tubercolare, la constatazione di un'appendicite comune non esclude affatto tale natura. Se poi un'appendicite si sviluppa in individuo che al momento dell'attacco risulta immune da tubercolosi, non possiamo a rigore scientifico escludere la presenza di qualche focolaio latente, nè le reazioni biologiche, che vanno per la maggiore, valgono a meglio illuminarci al proposito, specie nel periodo di vita, che va dai 10 ai 40, età in cui l'appendicite trova la sua più facile esplicazione.

Ma di fronte a queste incertezze la Clinica si impone e prende tutti i suoi diritti, e tenendo conto della straordinaria frequenza con cui la tubercolosi segue, accompagna, precede l'appendicite, esclude anzitutto una pura coincidenza e conclude per una interdipendenza fra i due processi.

Quale?

Delle diverse teorie etiopatogenetiche dèlla appendicite nessuna risponde per sè, tutte prestano il fianco alla critica.

Su due punti però l'accordo non può mancare:

1) è caratteristico dell'appendicite comune l'insorgere accessualmente;

2) tutto porta a ritenere che fattori predisponenti meritino un posto importantissimo.

Ora la tubercolosi prepara, costituisce il terreno per l'appendicite nei nostri casi, o può essere ad un tempo fattore preparante e determinante?

Nell'ultima nota in materia (1925) io presi in considerazione tutte e due le possibilità: ma per non incorrere in inutili ripetizioni procediamo con ordine.

Abbiamo visto come manifestazioni tubercolari procedano, accompagnino, seguano l'appendicite nella proporzione del 57-58 % complessivamente dei pazienti caduti sotto la nostra osservazione.

Risulta pure dalle nostre statistiche come in 1/4 dei casi l'appendicite precedette ogni manifestazione tubercolare rilevabile coi mezzi a nostra disposizione.

Ora, la possibilità di scariche intermittenti, in questi malati, di bacilli di Koch (e quindi anche di tossine) nel sangue, scariche che di regola stanno a denotare l'esistenza di un focolaio in attività, che clinicamente può essere latente, è ormai pacifica, come è pacifico il fatto che il fenomeno spesso si verifica in coincidenza di malattie infettive intercorrenti, surménage, traumi, abusi della tavola, ecc., che frequentemente figurano nell'etiologia dell'appendicite.

Trasportati dal circolo possono venire eliminati dai comuni emuntori (fegato, reni, intestino, appendice) senza produrre alcuna manifestazione patologica, e in tali casi vanno sotto la etichetta di bacilli di sortita; oppure indovarsi in qualche organo dell'economia determinandovi la comparsa di un nuovo focolaio, di fatti patologici, cioè immediati o tardivi.

Sento obbiettarmi: Come possono determinarsi tali scariche bacillari nei casi in cui l'appendicite precede qualunque manifestazione clinica rilevabile?

Ma non bisogna dimenticare che ad una certa età, tutti o quasi (95 %) alberghiamo il bacillo di Koch, non solo, ma che i bacilli in discorso possono circolare intermittentemente nel sangue di individui che mai furono sospetti di tubercolosi; lo dimostrano fra le altre le osservazioni di Netter, Eiselberg, Hort, ecc., e la moderna infortunistica.

D'altra parte si sa che l'appendice:

a) non è solo un organo linfoendoteliale, ma un aggregato di follicoli, una vera tonsilla addominale, agglomerato che raggiunge il massimo di valore e di potere funzionale proprio nel periodo della vita, che l'appendicite predilige;

b) che l'appendice non solo ha un potere di difesa, di protezione in senso lato, una funzione escretice di primo ordine nei riguardi di prodotti di ricambio, tossine, microrganismi che condivide col resto dell'intestino, ma deve essere riguardata come la sezione in cui tale funzione si esplica con maggiore intensità;

c) che se l'enterotropismo è proprietà insita per eccellenza nei bacilli del gruppo tifico, del colera, della dissenteria bacillare, anche il bacillo di Koch merita considerazione al riguardo, se, dopo il polmone e le linfoglandole, la mucosa intestinale segue subito in ordine di predilezione per il medesimo (Bollinger ed altri);

d) che di fronte a questa funzione eliminatrice di germi circolanti, eliminazione rapida, costante, l'appendice non si comporta come semplice filtro, sibbene come organo di difesa potentissima dell'economia, e non è azzardato pensare che la ragione della sua persistenza sia unicamente da ricollegare a questo importantissimo ufficio, che compenserebbe a iosa le malefatte della sua topografia e morfologia, che sembrano congiurare insieme per farne un organo tanto esposto ai malanni, che non si è esitato a proporre senz'altro l'asportazione sistematica in attesa della tanto strombazzata involuzione, di cui saremmo però sempre e solo all'inizio.

Da una parte, quindi, bacillemie tubercolari intermittenti da focolai latenti o palesi, o quali espressione di scariche di germi semplicemente di passaggio, nel senso cioè di germi, che da qualunque porta entrati, e dalla prima tappa, nel grande bacino linfatico e linfadenoide, transitano senz'altro nel sangue, e in tempo brevissimo, per essere convogliati agli emuntori, verso i quali hanno maggior tropismo, maggiore elettività.

Dall'altra un organo, l'appendice, che ha verso i bacilli di Koch un potere di richiamo, di attrazione spiccatissimo, di elezione, diremo così.

Ora, che l'appendice possa impunemente compiere questo diuturno lavoro a vantaggio dell'economia, è possibile fino ad un certo punto: che però queste scariche, qualunque sia la loro provenienza e significato, in virtù del terreno e di loro proprietà intrinseche (quantità, virulenza dei germi, ecc.) siano capaci di determinare condizioni generali e locali di immunità, di allergia, dell'una e dell'altra insieme, è troppo pacifico per insistervi ulteriormente.

Che a questo punto una nuova scarica di materiali tubercolari passi in circolo e noi potremo assistere a manifestazioni cliniche ed anatomiche differenti a seconda delle condizioni cui abbiamo accennato.

Se infatti l'esito della bacillemia tubercolare è sempre il risultato dei rapporti fra potere difensivo e la forza di attacco dei germi, è notorio pure come a seconda della prevalenza dell'immunità, dell'allergia, delle condizioni generali e locali si determinano delle reazioni differenti l'una dall'altra.

E più precisamente se prevalgono i fenome-

ni di immunità si hanno manifestazioni, reazioni a carattere produttivo; nel caso contrario si stabiliscono più o meno brutalmente reazioni, alterazioni a carattere essudativo. Se nella prima maniera di reazione appendicolare possiamo vedere il *substratum* anatomico dell'appendicite cronica *d'emblée*, che può restare tale o presentare delle *poussées* di riacutizzazione; la seconda costituisce esattamente il quadro dell'infiammazione nel senso più lato della parola, dell'*infiammazione flemmonosa semplice;* che può regredire o guarire senza lasciar tracce, quadro che riproduce precisamente lo studio iniziale di ogni appendicite acuta (appendicite flemmonosa semplice).

Se il processo non volge a guarigione pronta, immediata, entrano in scena di regola i germi comuni della flora intestinale (raramente altri quivi convogliati attraverso il sangue), i quali da questo momento ne dominano l'andamento, l'esito, e ciò sia per una sensibilizzazione, per una valorizzazione loro, sia per una minorata reazione, per una fase d'inibizione degli elementi follicolari in funzione del processo flemmonoso iniziale.

Ma il *primum movens*, il fattore più importante del processo resta sempre la *sensibilizzazione dell'appendice* e la reazione *allergica successiva;* che per le ragioni dianzi svol te credo nella maggioranza dei casi sieno specifiche, di natura cioè tubercolare; ciò almeno in attesa che nuovi lumi ci vengano a diradare un po' il buio, che domina nel campo etiologico e patogenetico dell'appendicite.

Che questi processi essudativi, quali espressione di allergia tubercolare, siano suscettibili di una guarigione clinica non solo, ma di una *restitutio ad integrum* assoluta, non vi ha dubbio: il fatto è stato dimostrato anche nei riguardi dell'apparato respiratorio.

Frugoni, come è noto (*Minerva Medica*, n. 8, 1929), a proposito dello pseudoreumatismo tubercolare si mostra molto riservato circa il concetto di tubercolosi infiammatoria di Grocco, Poncet, Leriche, essendo incline a credere che nei casi di pseudoreumatismo tubercolare, ad es. si tratti di soggetti nei quali una lesione specifica attiva ha indotto una sensibilità anzi una ipersensibilità distrettuale, articolare, e creata così la possibilità di reagire energicamente, iperergicamente, a veleni batterici, donde più o meno ricorrenti sinoviti tubercolari acute, subacute e croniche.

Inteso in questo senso, quale modo di reazione di tipo allergico dell'organismo sensibilizzato la tubercolosi infiammatoria degli autori francesi, ripeto press'a poco le sue parole, potrebbe costituire il terreno del reumatismo tubercolare.

Io pure nell'ultima nota (Appendicite e tubercolosi; *Gazz. Osp. e Clin.*, 1925) così finivo: « E se anche venisse dimostrato che il bacillo di Koch si limita a fare da mordente, da sensibilizzatore *vis à vis* di microrganismi trasportati all'appendice per il circolo, o locali, il rilievo clinico non perderebbe affatto della sua importanza, ammonendoci che in ogni appendicitico vi è ragione di sospettare un tubercolotico o un candidato alla tubercolosi, ecc.... ».

Ma a questa tesi, che vedeva nel bacillo di Koch semplicemente il fattore determinante il terreno dell'appendicite, mi adattavo a malincuore, come ultima ratio, sebbene sempre lusinghiera, essendo convinto allora, come adesso, che desso sia ad un tempo la causa preparante e determinante dell'appendicite, nel senso dianzi accennato.

Per me, come dicevo anche nel lavoro citato, di fronte alle batteriemie Kochiane, diverse sono le possibilità da prendersi in considerazione:

A) *Difesa generale e locale valida.*

I germi ridotti di numero e virulenza sono convogliati verso gli emuntori, e quindi anche all'appendice, la quale adempie a puntino al suo ufficio senza risentirne danno.

B) *Difesa generale debole, difesa locale insufficiente assolutamente e relativamente.*

L'appendice viene colpita da tubercolosi più o meno classica, che ben presto si diffonde.

C) *Difesa generale, sua specie locale esagerata, acquisita di regola attraverso a ripetuti attacchi da parte dei germi di Koch.*

Immunità allergica per la quale, se per qualunque ragione arrivano attraverso il circolo ondate di bacilli di Koch e loro prodotti, i mezzi di difesa entrano in scena con tale rapidità ed abbondanza da stroncare nel suo nascere qualunque tentativo di formazione di un focolaio, *quindi solo flogosi; flogosi intensa*, assenza di tubercoli, chè i germi ben presto vengono comunque allontanati, resi innocui, distrutti.

Che questo altissimo compito difensivo possa esser soddisfatto dall'appendice di preferenza fra gli emuntori tutti, non può stupire quando si pensa alla sua struttura anatomica: mucosa prevalente sul resto dell'organo; nel-

la mucosa tale preponderanza, massime nell'adulto, di follicoli da occuparlo quasi per intero; disposizione speciale dell'epitelio di rivestimento, che è in contatto diretto coi follicoli, da permettere che fra cellula e cellula e talora anche dentro la cellula stessa, si formino degli spazi ripieni di leucociti, che comunicano direttamente col lume del vermio a mezzo di altrettanti forellini.

A conforto di questa tesi, a parte il fatto osservato dalla grande maggioranza, che cioè nella peritonite tubercolare di regola l'appendice è sana; a parte 8 casi da me osservati al tavolo operatorio, riguardanti signore e signorine, laparatomizzate largamente, 5 per peritonite tubercolare ascitica, le altre per una sindrome di occlusione intestinale acuta, fra le quali anche la moglie di un collega, nelle quali senza eccezione solo l'appendice risaltava per la sua integrità fra tutti gli altri organi addominali, infarciti di tubercoli, il prof. Razzaboni (in *Riforma Medica*, 1925, pag. 965 e seguenti), ci descrive due casi molto suggestivi, che sebbene, come deplora anche l'A., manchino del controllo anatomoistologico, non perdono del loro valore, della loro importanza. In entrambi i pazienti, affetti da peritonite ascitica tubercolare, laparotomizzati a scopo terapeutico, l'illustre patologo-chirurgo di Parma, potè osservare che mentre il peritoneo e tutti gli altri segmenti dell'intestino erano sovraccarichi di tubercoli, l'appendice appariva *ipertrofica, enormemente ipertrofica* e affatto immune da neoformazioni tubercolari. L'appendice non fu asportata, come era logico, ma il Razzaboni non tituba, ed io sono con lui incondizionatamente, a ricollegare la *ipertrofia* all'azione del bacillo di Koch e a considerare l'esito, sostanzialmente diverso, che si integra, ripeto le sue parole, nelle ben note lesioni della tubercolosi infiammatoria, in rapporto a reazioni immunitarie generali e locali quanto mai variabili, in stretto rapporto però con la struttura anatomica del vermio.

Noi abbiamo accennato solo ad alcune possibilità della lunga serie di modalità di offesa e difesa nei confronti del bacillo di Koch ed appendice, ma fra queste quale varietà! Quindi a lato ad una appendicite acuta, potremo assistere ad una subacuta, cronica ecc.

Posso sbagliarmi, ma *mutatis mutandis* credo lo stesso meccanismo, invocato per la appendicite, valga anche per il reumatismo o pseudoreumatismo tubercolare.

Sorvolando su altri argomenti di ordine clinico e biologico, favorevoli alla natura tubercolare dell'appendicite nei malati, che abbiamo via via presi in considerazione, amo rispondere ad una obbiezione gravissima in apparenza, che potrebbe essermi fatta:

Voi parlate di tubercolosi infiammatoria tanto a proposito dell'appendicite che del reumatismo tubercolare, e poi considerate questi processi come una localizzazione vera e propria del bacillo di Koch. Eppure è ormai pacifico, come dalla maggioranza degli AA. che si sono occupati dell'argomento, tali manifestazioni siano ritenute non quali focolai tubercolari, ma la semplice conseguenza di una reazione locale ad una bacillosi generale o ad altri focolai latenti o palesi a sede la più svariata.

« Delle tossine, dice Poncet, sono elaborate dal bacillo, in qualunque punto dell'organismo, poi lanciate nella circolazione; esse vengono a fissarsi su certe articolazioni per produrvi lesioni nelle quali manca il reperto ordinario del bacillo, ma che sono tuttavia una manifestazione bacillare ».

Ora, a parte le numerose prove sperimentali riuscite negative nei tentativi di riprodurre artriti tubercolari, le quali vanno sempre accettate col beneficio di inventario, io sono coi pochi che affermano essere la tubercolosi infiammatoria legata strettamente al bacillo morto o vivo.

E, fino a prova contraria, sono d'opinione che non si possa negare che nelle forme subacute e croniche ad es., qualche tubercolo non abbia avuto il tempo di trasformarsi completamente, rendendosi irriconoscibile al momento dell'esame anatomo-istologico; o che nelle forme acute di appendicite, passate prestissimo al tavolo operatorio od anatomico, una ricerca diligente, sistematica diretta a questo intento, non possa rilevare qualche bacillo di Koch più o meno alterato, destinato comunque a scomparire per lisi o per eliminazione attraverso il lume intestinale.

L'osservazione clinica poi spassionata dimostra che le manifestazioni in parola (appendicite, reumatismo tubercolare, pleurite sierofibrinosa acuta, ecc.) si presentano spessissimo in individui che hanno tutta l'apparenza della salute (forme che perciò a torto o meno diciamo primitive); e anche quando si sviluppano in malati di tubercolosi, questi di norma tollerano bene la loro malattia, non presentano stimmate di intossicazione; mentre le bacillemie in tali pazienti son tutt'altro che rare.

Perchè poi negare al bacillo di Koch, ciò che si ammette per altri germi?

Specie per la spinta di AA. americani si è ormai fatta strada la convinzione che foci in-

fettivi, specie tonsillari, dentari, ecc., posson farsi causa di una sensibilizzazione specifica dell'organismo di fronte ai germi in funzione e loro prodotti, non che di reazioni di tipo allergico da parte di quei tessuti, verso i quali i microrganismi hanno presentato, per condizioni svariate, maggior tropismo.

In questo concetto, a mio avviso, ci diamo perfettamente ragione del meccanismo patogenetico dell'appendicite acuta comune nei casi in cui il b. di Koch non entra in causa.

In ogni caso quindi si tratterebbe di foci, tubercolari o no, i quali preparerebbero attraverso a modificazioni umorali ed istogene non solo il terreno, ma provocherebbero addirittura l'attacco appendicitico, almeno nella sua forma già tipica; e di rimando quello del reumatismo tubercolare, ecc.

Questa sensibilità generale, questi stati allergici distrettuali se di regola specifici, sarebbe contrario alle nozioni più accreditate in argomento, ritenerli sempre assolutamente e necessariamente tali.

Non può meravigliare quindi che su di un terreno preparato da streptococchi, pneumococchi ad es. non possa far da scoppio una bacillemia Kochiana e viceversa; e che strapazzi fisici, alimentari, traumi siano capaci degli stessi effetti, sia valorizzando germi, sia mobilizzandoli; o per altri meccanismi, che è inutile elencare, tanto più che su di alcuni ancora l'accordo non è raggiunto. Noi abbiamo invocata per il determinismo dell'attacco tipico dell'appendicite comune la necessità di uno stato allergico locale; da ciò al negare che lesioni infiammatorie semplici ulcerative, necrotiche dell'appendice avvenir possano anche all'infuori di questo corre molto.

Crediamo però che fra questi stati patologici dell'appendice e l'appendicite comune corrano gli stessi rapporti, per il quadro clinico, il decorso, gli esiti, che si riscontrano fra pneumonite franca e pneumonite, broncopneumoniti acute para o postinfettive, fra il pseudoreumatismo infettivo e le artriti infettive corrispondenti.

Sono poi convinto che la gravità dell'appendicite nella tenera età, il loro decorso anomalo, che trae in inganno anche clinici provetti, sia da ricollegarsi al difettoso sviluppo dei follicoli, che scarsissimi nei primi anni di vita, aumentano poi di numero e di volume man mano l'individuo cresce, alla deficienza o mancanza di quello stato allergico che dà l'impronta all'attacco appendicitico, e finalmente alla rapidità del decorso e al precocissimo fallimento della resistenza organica.

RIASSUNTO.

L'A. torna per la quarta volta sui rapporti fra appendicite e tubercolosi, e rilevato che questa precede, accompagna, segue a quella nel rapporto del 58 % (oltre 400 casi studiati), conclude per una sicura interdipendenza fra l'una e l'altra.

La tubercolosi se qualche volta si limita a preparare il terreno all'appendicite, di regola, secondo l'A., nei casi da lui osservati è ad un tempo causa preparante e determinante.

Mutatis mutandis l'A. crede che avvenga lo stesso nel pseudoreumatismo tubercolare, ecc.

Agiscano il bacillo di Koch o altri (nei casi in cui quello non è in giuoco), il meccanismo patogenetico sarebbe di regola il seguente. Foci infettivi, tubercolari o no, produrrebbero una sensibilizzazione generale specifica ed uno stato allergico locale (appendicolare): a questo punto l'agente di scoppio arrivando al vermio produce l'attacco appendicolare.

Questo stato allergico di regola specifico non è assolutamente e necessariamente sempre tale.

Con ciò non si esclude che all'infuori di questo l'appendicite possa verificarsi nelle forme più svariate, ma secondo l'A. fra queste e l'appendicite comune intercorrono gli stessi rapporti, nei riguardi del quadro clinico, decorso, esiti, che vediamo esistere fra pneumonite franca e bronco e pneumonite para e metainfettiva, fra gli pseudoreumatismi infettivi e le artriti corrispondenti.

25 ottobre 1932.

L'ATTUALITÀ MEDICA

Un tentativo di sistematica delle avitaminosi.

(W. KOLLATH. *Mediz. Klinik*, 27 genn. 1933).

L'A. vorrebbe introdurre, in base ai suoi esperimenti eseguiti su un migliaio di ratti, una divisione biologica delle avitaminosi invece di quella ad orientamento chimico, insufficiente per gli scopi medici.

Il punto di partenza per la divisione in due grandi gruppi sarebbe il comportamento della neoformazione e del consumo delle avitaminosi nell'organismo; il primo gruppo sarebbe caratterizzato da assenza di neoformazione fisio o patologica nel sistema scheletrico; il consumo si svolge normalmente però in tempo più o meno rapido; la crescita e la sostituzione cellulari mancano in queste sindromi che l'A. propone di chiamare « *malattie da carenza aplastico-consuntive* ». Il secondo gruppo di malattie « *paraplastico-produttive* » comprende le sindromi di neoformazione (per crescita o sostituzione negli organismi adulti) di tessuto patologico.

Riguardo la difettosa neoformazione per la crescita o sostituzione cellulare, v'è da osservare che essa è dovuta al fatto che permanendo il fattore principale di essa che è una sostanza unica termolabile analoga all'« auxina » di Kögl, mancano dei fattori necessari per la maturazione e funzionalità cellulare; questi sono rappresentati oltrechè dalle vitamine, anche dai prodotti di disintegrazione proteica, aminoacidi minerali; notasi che in queste sindromi anche il logoramento della cellula è patologico, altrimenti le formazioni difettose dovrebbero soggiacere al riassorbimento.

Come base anatomica del principio divisorio l'A. si servì dell'istiopatologia della costola del ratto in crescita; i singoli processi che si svolgono nella cartilagine di accrescimento specie i sintomi di arresto o del compimento patologico della crescita stanno in intimo rapporto con fattori dietetici e coi quadri morbosi. Nella mancanza dello stimolo alla crescita si viene ad un componimento della crescita con formazione di placche osseificantesi tra la cartilagine e la cavità midollare; questa placca si forma anche in mancanza di sali e vitamine, è dunque dovuta a fattori endogeni e la produzione di essa è da annoverarsi fra i fenomeni di « ricostruzione interna » (formazione necessaria a spese di altri tessuti del corpo meno indispensabili).

L'arresto e compimento patologico precoce (nella sufficiente durata dell'esperimento) dello sviluppo osseo sono caratteristiche per il gruppo delle sindromi aplastico-consuntive; aggiungendo però alla dieta-base (caseina purificata, amido di riso, sego) delle determinate sostanze chimiche si creano, oltre ai sintomi non specifici, quelli specifici per i singoli quadri morbosi. Colla dieta base si ha il quadro della consunzione semplice con riassorbimento della cartilagine, distruzione del midollo, osteoporosi, fragilità della corticale; l'aggiunta p. es. di acidi grassi non saturi e saponi provoca un quadro scorbutico, dell'ematina alcalina il beriberi; la somministrazione in più della dieta scorbutigena di vitamina crist. B o di fosfato prim. di K. causa un quadro singolare di aplasia con superinvecchiamento dei tessuti; se invece vi si aggiunge la miscela salina 185 con solfato di magnesia e vitamina B, avremo dei sintomi di pellagra.

Anche il quadro ematico è caratteristico per il gruppo aplastico-consuntivo: nelle prime 3 forme manca la rigenerazione delle emazie (scomparsa di reticolociti); il numero però di esse si mantiene costante come pure l'emoglobina. L'aggiunta della vitamina B_1 e di fosfato potassico, prolunga la vita dei reticolociti. È degna di nota dunque la mancata distruzione delle emazie che si rispecchia anche della diminuzione della secrezione biliare.

In seguito l'A. rileva che oltre all'impostazione nuova del problema le sue ricerche versano nuova luce sull'azione di alcune sostanze chimiche sulle malattie aplastiche da carenza; i processi chimici vengono alterati qualitativamente in esse; così nella consunzione l'organismo perde il potere riducente, conservando solo quello ossidante; sarebbe poi interessante di approfondire lo studio del fatto che una dieta più ricca provoca dei quadri più accentuati; la serie delle cinque sindromi riportate servirebbe da materiale, che potrebbe fornire dei dati inaspettati.

Le malattie da carenza paraplastico-produttive per ora non possono essere inserite in un sistema a seconda le cause. La neoformazione dei tessuti che avviene in essi è dovuta a dei fattori diversi; a seconda di questi si possono distinguere due sottogruppi: nel primo il peso si mantiene costante, ma il consumo è qualitativamente alterato e le abbondanti neoformazioni si producono a spese di tessuti di importanza secondaria; per esso è caratteristica la formazione esuberante del tessuto osteoide.

Nel secondo gruppo predomina il fattore che stimola una vera e propria crescita, con incremento ponderale. Le neoformazioni difettose sono molto più rilevanti. La natura chimica di questo fattore è sconosciuta; esso si trova nell'orzo germogliato, nel lievito ed è termostabile. In alcuni casi la sindrome si determinerebbe per mancanza di minerali e non di vitamine.

La rachitide che appartiene al secondo gruppo dovrebbe essere classificata nel primo sottogruppo, ma presenta alcuni sintomi del disturbo difettoso fibroso di crescita del secondo sottogruppo; si produrrebbe dunque sul terreno di due diverse entità morbose.

Il problema viene ancora complicato dal

fatto dell'azione della dieta precedente a quella di esperimento; fenomeno finora trascurato; le ricerche dell'A. dimostrerebbero invece che, se anche la dieta sperimentale determina la comparsa di formazioni difettose, il genere di esse dipende dalla dieta precedente.

L'A. fa notare che nelle sue osservazioni manca lo studio di molte vitamine; il fatto è dovuto alla non esistenza di una manifestazione scheletrica testimonio della rispettiva carenza.

Nelle deduzioni riguardanti il secondo gruppo l'A. riconosce di essersi mantenuto piuttosto sulle generali; bisogna però ricordarsi che siamo ai primordi; lo studio istopatologico, la collaborazione del chimico, biologo e medico si può portare molto più in là nello studio immenso delle avitaminosi; per ora la divisione in due gruppi secondo lo schema proposto e la separazione delle alterazioni a seconda che siano dovute alla costruzione o logoramento difettosi, ci dà un certo ordine biologico, invece di quello puramente descrittivo, finora vigente. S. Minz.

SUNTI E RASSEGNE.

SINDROMI DOLOROSE.

La lombaggine.

(M. Castex. *Medicina latina*, n. 56, 1932).

La lombaggine, o lombodinia, è la designazione generica dei dolori che compaiono nelle parti molli delle regioni lombari ed in certe regioni vicine, come la sacrale e la glutea. Molto discussa ne è la causa, ammettendo alcuni il processo morboso nei muscoli, altri nelle fascie, aponeurosi, tendini, altri nelle articolazioni vertebrali. Analizziamo prima del quadro clinico, la situazione anatomica.

La regione sofferente è compresa fra l'ultima costa e la cresta iliaca: ne sono strati, la pelle, il cellulare sottocutaneo, la aponeurosi superficiale, i piani profondi o muscolari in tre piani sovrapposti. Nel primo si notano il grande dorsale, l'obliquo interno ed esterno, il trasverso e la aponeurosi lombare; nel secondo il piccolo dentato postero-inferiore; nel terzo i piccoli muscoli interspinosi ed intertrasversi e la importante massa carnosa costituita dal largo dorsale, dal sacro lombare, trasverso spinoso. La regione è limitata all'indentro dalle doccie vertebrali, in basso dal legamento ileo lombare, all'infuori dalla fascia lombare costituita dall'aponeurosi del muscolo trasverso e sdoppiantesi in tre fogli che limitano due spazi: l'anteriore che rinserra il quadrato dei lombi ed il posteriore che rinserra i muscoli spinali. La regione lombare è percorsa dai rami posteriori dei cinque nervi lombari, esterni ed interni; i superiori si ramificano nell'interstizio cellulare che separa il largo dorsale dal sacro-lombare, gli inferiori penetrano nella massa comune con l'aggiunta di altri due nervi importanti: l'ultimo intercostale e l'ilio-ipogastrico. La radiologia recente ha permesso di distinguere due tipi clinici dell'affezione, la lombaggine muscolare o miogena, e la lombaggine ossea o vertebrale. L'etiopatogenesi dell'affezione è dominata dalla predisposizione costituzionale, talora ereditaria. Questa predisposizione costituzionale spiega come la lombaggine sia più frequente nei picnosomi, meno nei normosomi, rara nei leptosomi. La attitudine morbosa è anche subordinata al geno e fenotipo.

Il fattore precipuo etiologico è dato dalla infezione, non tanto come infezione acuta, quanto come infezione cronica focale. Parlando di infezione cronica focale facciamo astrazione da qualsiasi sua localizzazione. Fra i fattori scatenanti del parossismo doloroso acuto occupa il primo posto l'improvvisa perfrigerazione, e successivamente i movimenti bruschi, gli sforzi fisici, professionali o no. Molti ammettono la mialgia lombare, da raffreddamento, pura o asettica, però prevalgono coloro i quali ritengono trattarsi di una associazione determinata dal raffreddamento o da un'infezione cronica riacutizzata per altri l'origine è tonsifettiva.

Rara nella puerizia, compare nell'età adulta, aumenta con la media età, diminuendo a mano a mano che si progredisce verso la longevità. Prevale nel sesso mascolino. Discordanti sono le statistiche sulla frequenza rispettivamente della lombaggine miogena e spondilo-artrogena.

La esteriorizzazione clinica dell'affezione può esser preceduta o non, da una fase prodromica, fase che è più comune nelle forme recidivanti che nelle forme ad accessi solitari o spaziati. Come prodromi sono da considerare una certa rigidità muscolare, lombo sacrale, nell'inchinarsi o nel raddrizzarsi, accompagnata o seguita da discreto dolore. Più comunemente si ha l'inizio brusco ed il paziente è immediatamente immobilizzato per l'acutezza del dolore e per i fenomeni funzionali nel settore muscolo-tendineo. Il dolore suole calmarsi e talora scomparire col riposo per riapparire od intensificarsi con qualsiasi movimento del corpo, con la tosse, con lo starnuto, ecc. Talora l'acutizzazione notturna è tale da portare all'insonnia; talora possono accompagnarsi fenomeni accessori come febbricola, iperidrosi della regione lombo-sacrale, lingua saburrale, stato dispeptico, ecc. Il dolore lombo sacrale, uni o bilaterale è di sede variabile, ora prevalendo nella regione glutea, ora nella regione costo-lombare, ora nella regione iliaca, ora nella regione addominale. Talora alla palpazione il dolore lombo sacrale è di lieve intensità, talora il sollievo determinato da certe posizioni è grande talora è nullo.

Il dolore è più circoscritto, più limitato nelle forme dette traumatiche, più diffuso nelle forme dette idiopatiche, reumatiche, osteo-artriti, riflesse, ecc. Obbiettivamente si trova, con frequenza, dolore alla pressione delle apofisi spinose delle ultime vertebre lombari e del sacro. I muscoli lombo sacrali sono contratti e dolorosi alla pressione. Tale stato anormale dei muscoli è designato come posizione riflessa di difesa. Schudel ha descritto un punto doloroso reperibile con frequenza fra la spina iliaca postero-superiore e l'articolazione sacro iliaca corrispondente all'orifizio di uscita di un ramo del secondo nervo sacrale destinato al muscolo sacro lombare. Esiste a carico del tronco una scoliosi più o meno pronunciata, a convessità verso il lato sano, nelle forme unilaterali; la colonna lombare è più o meno rigida, la lordosi lombare sussiste durante la esecuzione dei movimenti, i muscoli paravertebrali predominano, il semicerchio normale delle apofisi spinose nella inclinazione laterale è sostituito da una retta lombare, seguita da un arco dorsale. La stazione eretta è dolorosa e difficile, il raddrizzarsi lento e doloroso.

Da notare, senza per altro che questo sia la regola, che nell'evoluzione clinica della lombaggine, suole osservarsi che quanto più violento è il parossismo doloroso, tanto più breve è la sua durata. La durata varia da sei a dieci giorni. Le forme meno violente sogliono prolungarsi con molestie lievi, pronte ad esacerbarsi. Tale decorso è la regola nella lombaggine recidivante con tendenza alla cronicità basata il più delle volte su alterazioni spondilo artritiche od artrosiche. Non vi è limite netto fra forme acute e croniche: queste possono essere la sequela di un episodio acuto od evoluzionare fin dall'inizio in forma subacuta o cronica.

I sintomi cardinali della forma cronica sono il dolore e la rigidità nelle masse muscolari o inserzioni tendinee sacro lombari che impediscono la maggior parte dei movimenti e specialmente la stazione eretta, partendo dalla seduta o la flessione in avanti a gambe estese. La flessione forzata della testa dà luogo a dolore lombo-sacrale che provoca talvolta la flessione della gamba malata specie quando la lombaggine coesiste con la sciatica. Le esacerbazioni sono frequenti. Nelle forme recidivanti o croniche, quasi costantemente, si ritrovano alla palpazione, i cosidetti noduli od indurimenti, od infiltrati nei muscoli, nelle fascie, nei tendini. Questi noduli si localizzano con preferenza nel quadrato dei lombi e nei componenti la massa muscolare spinale e spesso nella aponeurosi lombare. Nei casi gravi la fibrosite può invadere i muscoli, le aponeurosi, i tendini, il sottocutaneo, la pelle, da un lato o da ambedue, e rivelarsi alla palpazione. I noduli indurativi sottocutanei sono costituiti da tessuto fibroso molto denso, con peri ed endoarterite, ed i noduli periostei da tessuto fibroso edematoso con fibroblasti e neoformazioni vascolari.

Alcuni attribuiscono ai noduli un significato oltre che diagnostico, prognostico, di riserva, se al massaggio tali infiltrati non regrediscono.

La lombaggine recidivante cronica risponde frequentemente ad affezioni viscerali addominali o pelviche (affezioni urinarie, dei genitali femminili, stipsi, appendicite, aneurisma addominale) le quali con frequenza creano la lombaggine attenuata riflessa od esagerano o sostengono per meccanismo riflesso o tossico la lombaggine recidivante cronica di origine osteoarticolare. Il processo osteoarticolare eccezionalmente corrisponde ad una etiologia luetica, o neoplastica o bacillare, essendo questa tanto nella forma infiammatoria che nella forma degenerativa, prodotto od esponente di una tossinfezione cronica a sede svariatissima nell'organismo. Anche i casi di lombaggine cronica genuinamente traumatica o genuinamente statica, sotto forma della cosidetta insufficienza vertebrale, richiedono l'intervento di una tossinfezione. La lombaggine traumatica in senso stretto richiama la responsabilità infettiva, o perfrigerante, come concausa di importanza fondamentale. La lombaggine cronica dovuta ad affezioni vertebrali, locali, costituzionali, la sola diagnosticabile con certezza alla radiografia, è rara nella statistica dell'A., al punto da non poter notare alcuna lombaggine cronica da spina bifida occulta, osteite dissecante sacro lombare, da nuclei cartilaginei di Schmool, da sacro acuto di Scherle, da sacro arcuato o da sacro fisso. Al contrario figurano molti casi di lombaggini croniche « varietà numeriche » a livello dela colonna lombo-sacrale, e da lumbalizzazione della prima sacrale, o dalla sacralizzazione della quinta lombare. Nell'uno o nell'altro caso più che l'azione meccanica dell'anormalità anatomica, fu il processo flogistico o degenerativo, sovrapposto, la causa della fenomenologia dolorosa lombo-sacrale, con molta frequenza subordinato ad una tossinfezione cronica.

La spondilolistesi, nei suoi due tipi, vera (eccezionale, con dislocazione della quinta lombare al davanti del sacro), e falsa o prespondilolintesi (anomalia congenita accentuata da sforzi fisici) è stata imputata come causa occasionale della lombaggine ossea. Sono frequenti, al contrario, le alterazioni degenerativo-deformanti (spondilo-artrosi) ed infiammatorie anchilosanti (spondilo-artriti) dell'articolazione lombo-sacrale. Secondo Warner Ryerson, il dolore lombo-sacrale si deve molto frequentemente allo spostamento di articolazioni o meccanicamente deboli, o malate, o ambedue. Quando in un'articolazione meccanicamente instabile, aggiunge Ryerson, si sovrappone l'azione di un processo infiammatorio, il dolore e la restrizione della capacità sono ine-

vitabili. Il dolore in tali casi può essere brusco o lento, con irradiazioni agli sciatici, con intensità violenta, repentina o lenta e progressiva. Un certo numero di questi infermi sovrappone alla fenomenologia lombo-sacrale, le manifestazioni vertebrali diffuse, sia isolate, sia associate a processi articolari identici nelle estremità, completando così il quadro clinico delle spondilosi o spondiliti tipo Becherew o Pierre Marie Strümpell. È eccezionale la osteoartrosi trofostatica sotto-ombelicale, sotto forma di atrofia porosica delle vertebre lombari inferiori, associata alla sclerosi sacro-iliaca, del tipo di Kienboch, come è frequente la spondiloartrite lombo-sacrale: in questo caso la obiettivazione radiografica è quasi costante e dalla sua importanza ed estensione dipende la intensità, la variabilità, la uni- o bilateralità delle manifestazioni cliniche. Partecipano qui, con relativa frequenza, le articolazioni sacroiliache.

La lombaggine secondaria ad affezioni addominali o pelviche in nulla differenziano la sintomatologia clinica dai precedenti quadri della lombaggine acuta recidivante, o cronica.

Se passiamo alla patogenesi della lombaggine, molte teorie leggiamo. Le ipotesi di Lewellin e Jones contemplano esclusivamente un determinismo miogeno, a base fisiologica; Senator interpretò la mialgia come neuralgia dei nervi sensitivi del muscolo; Schmidt l'attribuì a disturbi delle radici posteriori ed a livello delle zone di distribuzione nel midollo; Goldscheider e Lindstedt credono che l'eccitazione termica o dolorosa periferica origina un campo iperalgesico di irradiazione intramidollare, dal quale ne viene una esaltazione generale della sensibilità profonda e perciò della sensibliità muscolare che si proietta in tutte le zone controllate degli stessi segmenti midollari. Questo non esclude l'eventuale intervento di disturbi vasomotori intramuscolari (Quincke), nè la genesi degli « indurimenti muscolari e tendinei » per disturbi di irrigazione sanguingna e linfatica. Per Schade la mialgia è dovuta ad un disturbo dell'equilibrio colloidale dei muscoli (miogelosi). Curschmann afferma che la teoria dello Schade spiega bene l'azione determinante del freddo e specialmente la improvvisa comparsa del dolore. Il determinismo fisiopatogenetico riflesso, del quale è cenno anteriormente, è stato difeso da Lindstedt, il quale sostiene che le affezioni vertebrali infiammatorie, infettive, neoplastiche, traumatiche, come quelle delle meningi, delle affezioni pelviche — metro-salpingo-ovariti — delle vie urinarie o digestive, emorroidi, epididimiti, prostatiti ecc., oome per le affezioni delle estremità inferiori, fratture, artriti della rotula, piede piatto, varici; alcune affezioni generali come la gotta, l'obesità, od infezioni, lues, od intossicazioni, alcool, sono etiogenetiche importanti per la sciatica e per la lombaggine, esse agirebbero a base di disturbi della statica e della dinamica, attraverso un determinismo riflesso, di neuromialgia riflessa, richiedendosi per la sua effettuazione la « costituzione neuralgica o di ipereccitabilità nervosa ».

Tutti coloro i quali hanno esperienza di lombaggini, sono concordi nel fatto che, sebbene si tratti di una affezione che predilige le stagioni fredde ed umide dell'anno, è sovratutto eminentemente sensibile alle variazioni atmosferiche. E la lombaggine fa parte delle ciclonosi o ciclonopatie di Frankenhauser, o delle meteoropatie di Cohn, nel gruppo delle affezioni croniche reumatiche, ove proponderano. La situazione di un malato di lombaggine recidivante di fronte alle variazioni atmosferiche è diversa, ve ne sono di quelli che « predicono » uno o due giorni prima la variazione, altri che l'avvertono poche ore prima, altri che ciò avvertono, ma senza che si avveri. Talora con l'iniziarsi della variazione si ha la remissione dei dolori. Gli studiosi del fatto, e con essi l'A., determinano come responsabili le oscillazioni della pressione, del grado igrometrico, della temperatura, della direzione ed intensità dei venti: pur tuttavia tutti concludono che di esatto nulla si può osservare. Alcune interpretazioni fondamentali vengono di recente dalla scuola tedesca: precisamente qualche delucidazione ci viene dagli studi del Bjerkme e della sua scuola, sugli strati atmosferici (strati instabili dell'atmosfera) integrati dalla nozione dei corpi aerei. Di questi strati, dal punto di vista della meteorolopatologia umana, sono stati studiati quelli che costituiscono la fronte ciclonica, anteriore o fredda, e posteriore, o calda, di una depressione. Le osservazioni tedesche provano che bisogna rendere responsabili dello scatenamento morboso il passaggio degli strati instabili atmosferici: i dolori reumatici meteorotropi (Feige-Freund-Rudder), gli accessi dolorosi reumatici sono senza dubbio evidenziati dal passaggio di un fronte, indifferentemente caldo o freddo. Rudder sostiene che le instabilità atmosferiche non sono mai la causa delle affezioni, ma la causa scatenante che pone in evidenza od esteriorizza processi morbosi preesistenti, latenti ed in organismi predisposti.

Terapia: il profano combatte da lunghi anni lombaggini e dolori lombo-sacrali sospettando l'intervento del fattore meteorologico, con una serie di mezzi empirici oggi molto suggestivi. Così si va uso di avvolgimenti con tessuti di lana, flanella, seta, o con pelli di animali, o con collane di ambra o di corpi a composizione fisica simile,, corpi al cui sfregamento si produce elettricità.

Adopera il volgo le cosidette mosche di Milano, caustici di diversi tipi, punture di api, di vespe; revulsivi come la ignipuntura, le ventose. Tanto i revulsivi come la puntura delle api provocano reazioni infiammatorie a carico del mesenchima integrato dal sistema reticolo-

endoteliale, governato dal sistema vegetativo neurale, e tutte le reazioni infiammatorie agiscono con fenomeni fisico-chimici basati sul cambio delle cariche elettriche.

Massaggio e ginnastica sono utilissimi, specie il massaggio a tipo vibratorio sui punti dolorosi. Il caldo, sia secco (bagni di aria-diatermia), sia umido, sia sotto forma di piretoterapia, sono soccorsi preziosi ed utili. Sono però tutti soccorsi da considerarsi palliativi: non porteranno mai alla guarigione delle lombaggini osteoarticolari o recidivanti. Per queste gli AA. moderni consigliano unanimemente la eliminazione di ogni focolaio di infezione cronica nei soggetti affetti da lombaggine: l'effetto dipenderà dalla precocità dell'estirpazione.

Fra i mezzi farmacologici vanno ricordati tutti gli antinevralgici ed antireumatici. Come complemento della eliminazione dei focolai è di pratica corrente la vaccinoterapia e la proteinoterapia. Un ultimo gruppo è dato dai chemioterapici locali: acido salicilico, ioduro di sodio ecc.; oltre a provocare un'azione analgesica, questi corpi modificando il mezzo jonico locale, stimolano il sistema vegetativo neurale e pongono in attività gli elementi del mesenchima attivo. MONTELEONE.

ORGANI RESPIRATORI.

La prognosi ed il trattamento della polmonite lobare.

(J. A. RYLE. *The Lancet*, 18 febbr. 1933).

La polmonite è una malattia che interessa sempre il medico pratico; la sua eziologia, le caratteristiche cliniche, il decorso, le complicazioni sono ben note, ma la terapia varia secondo le epoche ed è bene, di tanto in tanto, il fare una revisione generale dei metodi in uso.

La scoperta di Fränkel, del pneumococco ha bensì stabilito l'agente eziologico della malattia, ma non ha fatto fare un passo alla terapia. In tempi più vicini, la differenziazione dei diversi tipi di pneumococco è stata di grande aiuto nella preparazione dei sieri specifici. Bisogna però riconoscere che il siero antipneumococcico, sebbene preparato secondo accurati principii scientifici, non si è affatto imposto all'attenzione generale come, p. es., la insulina per il diabete. Varie sono le ragioni di questa diffidenza: esso richiede una particolare esperienza per la sua somministrazione, costa molto, ha una specificità limitata ed è inoltre difficile stabilire in quale misura esso ha agito nella malattia, tanto più che la polmonite ha un'elevata percentuale di casi di guarigione spontanea. Prima di decidere sull'utilità o meno di una misura terapeutica nella polmonite, è quindi necessario considerarne:

LA MORTALITÀ E LA PROGNOSI.

È noto che la morbosità e la mortalità per pneumonite variano d'anno in anno, da paese a paese, nonchè dall'età, dalle condizioni sociali del paziente, dalla sua costituzione individuale, dal tipo di microorganismo che è in causa. Molto elevate, in confronto dell'Inghilterra, sono la morbosità e la mortalità per pneumonite agli Stati Uniti, dove sono anche più numerosi i lavori sulla relativa sieroterapia.

In Inghilterra e Scozia, la mortalità ospedaliera per pneumonite è del 10-20 %. All'ospedale Guy (statistiche di 9 anni terminanti il 1930) la mortalità, fra i 13 ed i 75 anni, è stata del 16 %; 1/3 delle morti si è avuto sopra i 50 anni; nessun morto fra i 15 ed i 20. Tenuto conto che i malati ospedalieri sono i più gravi e quelli in peggiori condizioni, si deve ritenere che, nella pratica privata, la mortalità sia del 10 % circa. Nell'esercito è del 10 % circa; durante la guerra fu in alcuni settori del 10,5 %; ma in altri del 26,1 %, e maggiore in quelli che venivano trasportati da distanze considerevoli.

Agli Stati Uniti (statistiche di Cecil), la mortalità varia: è più bassa nella pratica privata, più alta negli ospedali di rango elevato e più alta ancora in quelli a cui accorrono gli strati più bassi.

Così, all'ospedale Rockefeller è del 10,5 %, mentre in quello Bellevue del 35,8 %. Fra 422 casi non curati col siero, Cecil trovò una mortalità del 36 %, mentre fra 429 casi trattati col siero era del 28 %. Ad ogni modo, questa ultima cifra è quasi il doppio di quella dell'ospedale Guy, di Londra e dimostra che agli Stati Uniti la malattia ha aspetto più grave.

Altre condizioni che influiscono sulla prognosi (oltre all'età giovanile ed all'ambiente favorevole) sono: la presenza di una malattia cronica o di alcoolismo, o di cianosi; non altrettanto sfavorevole è la presenza di delirio e così pure l'estensione del processo pneumonico.

Una pressione bassa o che si va abbassando è un cattivo segno. Utili indicazioni prognostiche sono date dal polso, dalla temperatura, dal respiro; quando si ha il parallelismo dei detti fenomeni, ovvero polso e respiro sono rari in confronto della temperatura, si possono avere buone speranze; ma se il polso od il respiro aumento di molto pur con la discesa della temperatura, la prognosi si oscura.

Una lingua ben pulita e la nutrizione che si mantiene buona sono buoni indizi. Una adeguata risposta leucocitica (circa 20.000) è considerata come favorevole, mentre l'assenza di leucocitosi è un segno sfavorevole; le cifre intermedie vanno messe in rapporto con i sintomi clinici.

In una certa percentuale dei casi, l'emocoltura è positiva per il pneumococco sui primi

stadii della malattia; ma a un accrescimento abbondante o la positività che persiste a malattia avanzata sono cattivi segni. La pericardite e la meningite, che indicano una setticemia, preannunziano un esito fatale. La peritonite da pneumococco, più frequente nella età infantile, può esistere anche senza pneumonite; dà mortalità alta, ma si hanno anche guarigioni.

È difficile dare un giudizio pronostico dei primi 3 giorni; tutti i medici hanno, del resto, veduto guarire i casi apparentemente disperati e morire quelli apparentemente favorevoli. È anche questa incertezza che trattiene molti dall'uso del siero.

LA TERAPIA NON SPECIFICA.

Sebbene l'osservazione non si possa esprimere in cifre, è certo che il trattamento sintomatico aiuta la guarigione e che la buona o cattiva terapia può addirittura dare la differenza fra la vita e la morte.

Più che altro hanno importanza una stanza calda ma ben ventilata ed una buona assistenza infermiera. Quest'ultima deve soprattutto curare: il massimo di sonno e di riposo con il minimo disturbo, una nutrizione adeguata e leggiera, la cura della bocca e della pelle, senza muovere troppo il malato, la limitazione delle visite, la somministrazione di ossigeno e di medicamenti quando sono necessari.

La quantità ed il modo di disporre i cuscini variano secondo le esigenze ed i gusti individuali. Di tanto in tanto, si faranno delle spugnature tiepide.

Dieta liquida o semiliquida, di succhi di frutta, abbondanti bevande, con zucchero o glucosio. Somministrazione frequente di stimolanti per via orale, soprattutto prima della crisi. L'A. non è favorevole all'uso di stimolanti per via ipodermica, del tipo della stricnina o dell'adrenalina. La digitale viene data generalmente, ma è assai dubbio che essa abbia una qualche efficacia nel caso di una tachicardia regolare o nei disturbi dovuti alla febbre od alla tossiemia.

L'acquavite è, ad un tempo, un alimento ed uno stimolante e la sua utilità in certi casi ed a certi stadii è generalmente riconosciuta.

La somministrazione continuata di ossigeno con un catetere per via nasale è giustificata nei casi con cianosi.

Per il sonno, se il dolore manca od è leggiero, bastano generalmente le polveri del Dover con aspirina, ed in dosi piccole, anche per i bambini. La morfina non va mai negata negli adulti, ai primi stadii di malattia, quando il dolore e l'insonnia sono le principali sofferenze. La dose da usarsi è di cg. 1,5; in quantità minori manca spesso il suo effetto.

Un « pull-over » leggiero, di flanella od una scialle sopra la camicia da notte costituiscono una copertura sufficiente. Utili sono dei leggeri cataplasmi di linseme o di antiflogistine. Si veda anche di risparmiare al paziente la fatica di esami troppo spesso ripetuti.

LA SIEROTERAPIA.

Si usa il siero di Felton che ha il vantaggio di essere concentrato. Si esigono però particolari precauzioni. Dall'anamnesi, si deve conoscere se il paziente ha ricevuto altre iniezioni di siero o se ha sofferto di asma, febbre da fieno od eczemi. Si pratica poi una prova intradermica e congiuntivale con siero di cavallo diluito al 1/10; se entrambe queste prove sono negative dopo 15 minuti, si iniettano 5 cmc. di siero Felton per via endovenosa. Dopo 1-2 ore, se il paziente non ha avuto disturbi dall'iniezione, se ne pratica un'altra di 15-20 cmc. e si continua ogni 2-3 ore fino a dare 100.000 unità (circa 100 cmc.). La quantità di siero da somministrarsi nei giorni seguenti viene regolata dalle condizioni del paziente. Alla fine, per prevenire le ricadute, si fanno ancora 1-2 iniezioni da 10 cmc.

Si comprendono tutte le difficoltà di questo trattamento (che evidentemente non può essere fatto che in ospedale) e che non sono rimosse nemmeno distanziando le iniezioni ogni 8 ore. Anche le reazioni da siero non vengono del tutto eliminate.

Come è stato detto, la mortalità verrebbe così ridotta dal 36 al 28 %. La maggiore riduzione si ha nelle pneumoniti date dal tipo I (dal 31,2 al 20,1 %), mentre col tipo secondo (che è quello più virulento), la riduzione si ha dal 45,8 % al 40,5 %.

Le condizioni migliorano con la somministrazione precoce; per il tipo I, la riduzione si è avuta dal 26,8 all'11,7 % nei casi trattati entro le prime 72 ore.

Non si hanno statistiche che dimostrino se le complicazioni sono o non influenzate dal siero. Armstrong e Johnson lo negano.

Anche gli autori scozzesi ed inglesi concordano nell'affermare che, con l'uso del siero si ha una minore mortalità ed una più rapida defervescenza; questa, a dire vero, si osserva anche nei casi non trattati col siero, ma in quelli trattati sarebbe più frequente.

La mortalità dei casi da tipo III e IV non viene influenzata dall'uso del siero Felton, il che starebbe a dimostrare che questo non ha soltanto l'azione di uno « shock » proteico.

DIFFICOLTÀ PRATICHE PER L'USO DEL SIERO.

1) Anzitutto la diagnosi molto precoce. Il medico non viene sempre chiamato subito, ma spesso passano 2-3 giorni prima che venga chiamato o che la diagnosi sia certa; lo stabilire poi il tipo di pneumococco richiede sempre 12-24 ore anche se il laboratorio è proprio a portata di mano. Si tenga poi presente che non tutte le polmoniti lobari sono date dal pneumococco, anche se ad inizio improvviso, febbre elevata e sputo rugginoso. Non è

sempre facile la diagnosi con polmoniti influenzali o streptococciche o con broncopolmoniti miste. Può essere anche confuso con la polmonite il collasso massivo associato con la bronchite.

2) Anche ammesse per quanto sopra tutte le condizioni favorevoli, la somministrazione endovenosa così frequentemente ripetuta non è agevole a farsi dal medico pratico; essa, oltre al medico, disturba il paziente, che ha invece tanto bisogno di riposo e di quiete.

3) Nei casi di pazienti della classe povera, è da discutersi se convenga continuare in casa il trattamento consueto o sottoporre il malato al rischio del trasporto in ospedale.

Tenuto conto che si ha abbastanza frequentemente la guarigione spontanea (4 volte contro 1) e che si ha 1 probabilità su 3 che si tratti di un tipo inadatto, l'A. non si sente affatto propenso a sottoporre il malato ad un rimedio da somministrarsi per via endovenosa di fronte ad un vantaggio indeterminato, pure riconoscendo che alcuni dei casi trattati altrimenti avrebbero avuto vantaggio dalla sieroterapia.

In complesso, il piano d'attacco deve variare secondo l'individuo. La sieroterapia va riservata al trattamento in ospedale; è controindicata, in linea generale, nei bambini e negli adolescenti, in cui si ha più spesso la guarigione. Così pure non è affatto consigliabile in individui che abbiano qualche forma di allergia, poichè è da dubitarsi che i possibili pericoli per una malattia da siero controbilancino i vantaggi. Essa è inutile in adulti che rispondono bene fin dal principio all'infezione con un'elevata leucocitosi. Rimangono allora gli adulti che danno qualche timore fin dai primi stadii, per la mancanza di leucocitosi, per alcoolismo, ecc. Per questi, si può ritenere giustificata la somministrazione precoce del siero di Felton, continuando il trattamento se esso corrisponde al tipo di pneumococco, meglio se del I che nel II.

Anche la considerazione del costo non deve essere trascurata e così pure del trasporto in ospedale, con tutti i suoi pericoli; ad ogni modo, tale trasporto va fatto entro le prime 48 ore di malattia.

Può darsi che ulteriori studii e progressi arrivino a modificare tali conclusioni in riguardo all'efficacia e convenienza della sieroterapia nella polmonite. *fil.*

La diagnosi precoce del cancro del mediastino, del polmone e della pleura.

(S. T. BURREL. *Practitioner*. febbraio 1933)

Il mediastino contiene organi funzionalmente molto importanti e perciò lo sviluppo di un tumore determina rapidamente la comparsa di sintomi dovuti alla compressione degli organi stessi.

Le prime manifestazioni sono dovute alla pressione della vena cava superiore o di una delle sue branche, la quale provoca un ingrossamento delle vene superficiali del collo, delle braccia, del petto e dell'addome.

La pressione sulla trachea produce una caratteristica tosse cavernosa, che spesso è il primo sintoma dell'affezione, o accessi di stridore.

Talvolta i sintomi iniziali sono dovuti alla pressione di un nervo: tosse parossistica da irritazione del vago, disfonia da paralisi del ricorrente, disuguaglianza pupillare da lesione del simpatico.

La dispnea è di solito un sintoma tardivo ma talvolta può essere precoce.

L'esistenza di uno o più dei sintomi su detti deve indurre a praticare subito l'esame radiologico.

Fatta la diagnosi di tumore conviene fare quella di natura, praticando l'esame microscopico di eventuali glandule ingorgate al collo.

Comunque è sempre consigliabile l'intervento chirurgico, perchè nel caso si tratti di cisti dermoidi o di fibroma si può così salvare la vita del paziente.

I tumori del polmone possono raggiungere un volume considerevole senza dare manifestazioni cliniche.

Queste sono dovute alle seguenti complicazioni: collasso polmonare da blocco di un bronco, emottisi o sputi ematici, metastasi in organi distanti, pleurite o versamento pleurico, suppurazione determinante febbre ed espettorato purulento.

I sintomi dovuti a tali complicazioni sono sempre tardivi.

Il neoplasma polmonare deve essere sospettato ogni qual volta un individuo di mezza età presenta segni di affezione polmonare, specie se i segni stessi non sono quelli abituali.

Quando una puntura esplorativa non dà esito a liquido e l'ago penetra in una sostanza compatta, la presenza di un tumore è presso che certa.

Un versamento contenente sangue in individui anziani nella maggioranza dei casi è dovuto a neoplasma.

Nel cancro il versamento contiene poche cellule e principalmente endoteliali. Nello stadio iniziale però prevalgono i linfociti.

Sintomi vaghi, come attacchi periodici di asma, dolori al petto o ad una spalla, tosse secca persistente in un soggetto, specie se anziano, che precedentemente non aveva alcun sintoma, deve indurre in sospetto.

Una malattia improvvisa con tutti i caratteri della polmonite non di rado poi assume il quadro di un cancro di un bronco. E ciò perchè il tumore improvvisamente blocca il bronco. Il conseguente collasso del polmone provoca una reazione febbrile dando così la fenomenologia di una polmonite. Ma la febbre scompare e l'ottusità permane.

Talvolta accade che i tumori cerebrali o mi-

dollari sono metastasi di tumori polmonari ignorati. Meno frequentemente la diagnosi si fa in seguito alla comparsa di metastasi nel fegato, sulla pelle, nelle glandole linfatiche e nelle ossa. È ovvio che in tali casi l'accertamento diagnostico ha un interesse puramente accademico.

La durata media della vita dopo la comparsa dei primi sintomi del cancro del polmone è di sette mesi, raramente il paziente vive oltre i due anni.

Quando i sintomi sono e permangono poco chiari ed il soggetto sopravvive oltre l'anno si può con quasi sicurezza escludere il cancro.

Il cancro confinato nel tessuto polmonare non provoca dolore, mentre in quello di un bronco si può avere dolore per risentimento pleurico, irritazione dei nervi, o trombosi di una vena. Talvolta si ha piressia simile a quella della tubercolosi.

In ogni caso sospetto conviene praticare l'esame radiologico che dà risultati conclusivi.

L'endotelioma della pleura non è comune, ma deve essere sospettato ogni qual volta il versamento pleurico si riforma rapidamente dopo ogni aspirazione. In principio si fa quasi sempre diagnosi di tubercolosi ma un elemento differenziale è dato dal fatto che il versamento contiene cellule endoteliali invece di linfociti, nonchè dal fatto che quasi sempre è ematico. Per altro i segni clinici e radiologici sono quelli di un comune versamento pleurico.

La prognosi dei tumori maligni endotoracici è disperata. Comunque l'operazione esplorativa è sempre consigliabile per il caso che si tratti di un tumore non maligno. DR.

Le linee capillari del polmone (riscontro anatomico ed istologico).

(A. NICOTRA. *La Radiologia Medica*, nov. 1932).

L'A. per trarre il vero significato della linea d'ombra esilissima, capillare, visibile con una certa frequenza nei radiogrammi dell'apparato respiratorio all'altezza dell'interlobo sup. destro (e considerata dai più come l'imagine della pleura sana, da taluno invece della pleura malata, o da qualche altro come proiezione di uno dei margini dell'interlobo) procede ad un rigoroso controllo neuroscopico di questa ed a differenza di quanto aveva fatto anche nel 1928 non lo limita all'indagine macroscopica ma anche microscopica.

Il controllo necroscopico e l'esame istologico sono stati eseguiti dal prof. Radaelli.

Sui radiogrammi di 30 cadaveri la linea capillare destra superiore nel suo aspetto di linea esile e regolare è stata trovata 6 volte.

Essa è stata riscontrata con la stessa percentuale e con le stesse caratteristiche iconografiche delle radiografie sul vivente. La linea capillare non è quindi una formazione eccessivamente legata a condizioni di vita.

In tutti i 6 casi l'A. riscontra detta linea solo nelle radiografie eseguite in situ, prima di qualsiasi manipolazione, mentre essa scompare, dopo che siano stati alterati in qualsiasi modo i rapporti tra i lobi polmonari (ciò che ci dice che essa è legata a condizioni di particolari rapporti tra il lobo medio e superiore).

Supposto che la linea capillare potesse esser dovuta all'accavallamento ad embrice dei due lobi in situ dentro la gabbia toracica (e non potendo constatare ciò all'apertura del torace per il collasso del polmone) fu sperimentalmente riprodotto con esito negativo.

La più importante deduzione è che la imagine della linea esilissima, controllata macro e microscopicamente, non ha mai corrisposto in alcuno dei casi studiati a lesioni sclerotiche della pleura interlobare o a sinfisi dei foglietti pleurici, ma il piano interlobare è stato sempre trovato completamente libero. Di conseguenza cade l'ipotesi che la linea capillare sia l'espressione di un processo patologico della pleura o di formazioni sclerotiche delle pareti toraciche oppure dei margini dei lobi, restando invece quella, già sostenuta dal Busi e accettata dalla maggior parte degli AA., l'ossessione cioè dell'ombra dei foglietti pleurici interlobari normali presi d'infilata.

L'A. ha radiografato di profilo un pezzetto di pleura (3×1,5 cm.) normale, fresca di uomo, ottenendo un'ombra comparabile alla linea capillare, e se già a tali dimensioni la pleura presa d'infilata offre le condizioni fisico-radiografiche, non è necessario invocare l'ispessimento pleurico patologico per la genesi della linea capillare.

È evidente dunque che a foglietti pleurici ispessiti per processi flogistici o neoplastici la linea capillare sarà più marcata. Difatti in questi casi si trova radiograficamente una linea assai più densa, sovente più spessa verso l'ilo, potendo talvolta mostrare segni di retrazione, mentre la linea capillare è sempre esilissima, regolare, più spessa lateralmente che medialmente, non arriva che assai difficilmente o quasi mai al contorno mediale del polmone e si mostra il più delle volte concava in basso nel suo estremo laterale. M. CACE.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

G. TALLARICO e R. POLLITZER. *Lo sviluppo e la crescenza degli individui.* Editori: Fratelli Bocca, Torino, Piccola Biblioteca di Scienze Moderne, 1932. Vol. in-8° di pag. 288, con molte figure. L. 20.

Che cos'è la vita? È la domanda assillante che l'uomo si è posta da secoli. Non pago delle risposte che gli venivano dalla religione, s'è adoprato, specie nell'età nostra, a cercare di *fissar lo viso* nell'eterno mistero con l'ausilio della scienza. I meravigliosi progressi ottenuti dalla chimica e dalla fisica hanno fatto sorgere la presunzione che l'uomo « sarebbe riuscito a spiegare e chiarificare qualsiasi mistero dell'universo: e fu l'epoca del più assoluto materialismo, in cui si credeva che *il vivo* potesse provenire (e fosse originariamente provenuto) dal *non vivo* (la *generazione spontanea*) e pareva persino non troppo azzardata la speranza che l'uomo stesso sarebbe riuscito ad infondere nei suoi laboratori con procedimenti chimici perfezionati il soffio vitale alla materia inerte ».

Queste considerazoni sono il punto di partenza d'un libro che G. Tallarico e R. Pollitzer hanno dedicato allo sviluppo e alla crescenza degli individui. Noi non possiamo scientificamente accertare l'origine della *forza vitale* nè quindi riprodurla ad arte, ma possiamo studiare l'azione che quella *forza* esplica sulla materia e le trasformazioni che ne derivano. Fra esse la più importante, la fondamentale, è data dallo sviluppo degli individui.

Con stile piano e semplice gli AA. svolgono tutto il complesso dottrinale portando sovente il riflesso di rilievi e di indagini personali, sperimentali o cliniche.

I primi capitoli trattano di argomenti biologici capitali: la *sostanza vivente; basi biologiche dell'accrescimento e dello sviluppo; le trasformazioni energetiche della sostanza vivente; il tempo in biologia.* Particolarmente interessanti i due ultimi capitoli, perchè coinvolgono il problema della longevità e la concezione filosofico-biologica del « tempo ».

La seconda parte tratta delle leggi generali dell'accrescimento e di quello dell'uomo, dalla nascita all'età adulta: interessanti nel primo capitolo sono le considerazioni sui rapporti tra la rapidità dell'accrescimento e la durata della vita.

La terza parte, la più ampia, è dedicata ai fattori che influiscono sull'accrescimento e sullo sviluppo; è divisa in tre capitoli: la costituzione, l'alimentazione, l'ambiente. Anche qui destano interesse le concezioni originali degli Autori riguardo allo *stato biologico dell'alimento* e ai *ritmi di crescenza.*

Leggendo il volume di Tallarico e Pollitzer sono riandato col pensiero agli anni giovanili, quando con grande entusiasmo per gli studi scientifici, non avendo trovato ancora la mia via, mi dilettavo di escursioni nei più varî campi del sapere biologico. E allora scrissi, per suggestione paterna dell'autore, il capitolo: *Le età della vita e la morte* per la *Fisiologia dell'uomo* di Luigi Luciani: e vi infusi tanta parte di me, tanta baldanza di chi è ancora ignaro dell'amara esperienza vissuta.

In questo libro dei due illustri colleghi ritrovo numerosi spunti di quelle mie pagine. E vedo uscire da questo volume l'asserto che come ogni organismo possiede ritmi interni autoctoni, che danno ragione della vita, vecchiaia e morte, così deve intonarsi ai ritmi imposti dall'ambiente e finisce con l'adattarvisi, pena il decadimento, i morbi, la morte prematura. Fenomeni vitali, forma e costituzione del corpo s'armonizzano con le esigenze della temperatura, dello stato luminoso, della carica elettromagnetica dell'atmosfera; i ritmi interni si plasmano su quelli locali e di stagione. Specie durante la fase dell'accrescimento, l'influsso dell'ambiente è spiccato, così da imprimersi sull'organismo.

L'importanza di un'armonia tra i ritmi dell'organismo e i periodi dell'ambiente, la possibilità di favorirla con un adatto tipo d'alimentazione e con una razionale applicazione di mezzi fisici e farmacologici, il pericolo di turbare l'euritmico dispiegarsi dell'edificio corporeo con cibi o con droghe o con terapia fisica non appropriata, sono gli argomenti sui quali Tallarico e Pollitzer insistono.

L'uomo conserva nella sua compagine il ricordo di queste *sintonie* e vi ricorre se deve ricostituire le sue forze: questo è il significato del « ritorno all'aria natia », notano acutamente gli Autori, di cui beneficiano i deperiti, gli affetti da malattie croniche, i convalescenti.

Un ritmo governa dunque le vicende della economia umana. Approfondirlo anche nei suoi rapporti con l'esterno, sarà il còmpito della medicina di domani. È facile intendere come un giovinetto di 14-16 anni possa andare incontro a sofferenze morbose dovute a sforzi muscolari e lavori faticosi, all'aria inquinata di gas ed esalazioni nocive delle fabbriche, a malattie polmonari per inalazioni di polvere, e sopratutto alla tubercolosi. L'organismo durante la crisi pubere è disposto a turbe del cuore per fatiche non adatte a quelle che può tollerare un miocardio in via d'accrescimento, donde le sofferenze del *cuore ipertrofico di crescenza,* che predispone a vizi cardiaci e a facili esaurimenti del centro circolatorio nell'età adulta.

Tutta una serie di manifestazioni sta ai limiti tra la fisiologia e la patologia e ciò avviene in ogni campo della medicina. Di tale argomento appassionante, che rappresenta lo svolgimento logico del problema discusso dal Tallarico e Pollitzer, tratta la mia recente opera « Sulle prime linee di una patologia dello sviluppo ». E tale è la ragione intima per cui un Oto-rino-laringoiatra si è permesso di leggere, di meditare e infine di recensire con piena e aperta simpatia d'idee il libro dei due colleghi.

GUGLIELMO BILANCIONI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

C. STERNBERG. *Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie*, begründet von prof. H. RIBBERT. 2ª ediz. Un vol. in-8° gr. di p. XV-650, con 759 illustrazioni. Edit. F. C. W. Vogel, Berlino, 1933. Prezzo: M. 39,80.

Il classico trattato di Ribbert, che vanta la gloria di numerose edizioni, è stato riplasmato e aggiornato da Sternberg, per metterlo in grado di rispondere ai nuovi bisogni didattici, pur mantenendone la disposizione generale e le direttive originarie: ne è risultata un'opera nuova, di cui si pubblica ora la 2ª edizione.

Una prima parte espone le nozioni essenziali di patologia generale (eziologia, patogenesi, guarigione, immunità); una seconda parte concerne i processi patologici generali (alterazioni regressive, disturbi di nutrizione, flogosi, proliferazioni, malformazioni); una terza parte, la più estesa, prende in esame i processi patologici dei singoli organi e sistemi. Un indice dettagliato delle materie agevola le ricerche. Le numerose figure sono così dimostrative, che parlano di per se stesse. A. P.

M. ARTHUS. *Précis de Chimie Physiologique.* Undecima edizione, in collaboraz. di A. Arthus. Un vol. in-16°, di p. 522, con 111 figure e 5 tav. a colori. Edit.: Masson & C.ie, Parigi, 1932. Prezzo fr. 55; rilegato in tela, fr. 65.

Questa nuova edizione di un libro quasi classico è stata allestita, dal fisiologo dell'Università di Losanna, in collaborazione del prof. André Arthus, libero docente nella stessa Università.

Notiamo che vi è stata seguita la nuova nomenclatura, in specie per i glicidi e i lipidi; che vi sono state introdotte nuove nozioni, in specie per gli ormoni e le vitamine, mentre alcune nozioni meno utili sono state omesse, onde mantenere al riassunto la sua brevità e snellezza.

Nei suoi 23 capitoli tratta: le materie minerali, le soluzioni, i lipidi, i glicidi, i protidi, le diastasi, gli enzimoidi, i vari liquidi e tessuti dell'organismo, con particolare riguardo alle secrezioni (succhi digerenti, urina, latte, ecc.) ed al sangue; gli alimenti. L. V.

E. RABAUD. *Zoologie Biologique.* Due volumi in-8°, p. XXI-223, con 130 fig., e di p. 186, con 168 figure. Editori: Gauthier-Villars & C.ie (s. d.). Prezzi: fr. 45 e fr. 50.

Per solito la zoologia s'intende come semplice studio morfologico; l'A. ha il merito di considerarla anche sotto gli aspetti fisiologici, facendo un esame comparato delle funzioni organiche, il che giova a completare e lumeggiare le conoscenze di anatomia comparata.

Il nome prescelto di zoologia « biologica » non è però molto felice, poichè la zoologia non può essere che biologica.

Il lavoro è diviso in tre parti: 1) morfologia generale; 2) fenomeni sensorio-motori ed ecologia (rapporti con l'ambiente); 3) fenomeni di nutrizione (digestione, respirazione, circolazione, ricambio, funzionamento generale dell'organismo). Le prime due parti compongono il 1° volume; la 3ª parte occupa il 2° volume. L. V.

G. v. BERGMANN. *Funktionelle Pathologie.* Un vol. in-8° di 425 pag., con 74 fig. J. Springer, Berlin 1932. Prezzo RM. 18,60.

Il titolo di patologia funzionale corrisponde sostanzialmente a quello di fisiologia patologica (creato da Krehl) il quale contiene una contraddizione in termini, in quanto che il fisiologico è, di per sè, opposto al patologico.

In una serie di 18 capitoli, l'A., che è Direttore della II Clinica universitaria di Berlino, tratta alcuni dei più significativi problemi che si possono presentare in medicina, da un punto di vista fondamentalmente clinico, essendo basato sull'osservazione di malati, ma tenendo sempre presenti i due principii solo apparentemente opposti della causalità (l'origine) e teleologico (lo scopo).

L'anatomia funzionale del colon ed i suoi grandi movimenti, quali ci sono rivelati dal fluoroscopio, offrono all'A. l'occasione di sviluppare l'argomento delle discinesie, della colite mucosa, la patologia dell'appendice. Due capitoli sono dedicati allo stomaco (anomali di posizione, ulceri, la gastrite, il cardiospasmo) a cui seguono quelli sul pancreas, sulle vie biliari, sul fegato, sull'infiammazione e l'allergia, sui problemi del ricambio, sul morbo di Basedow. Sono poi considerati l'ipertonia, i disturbi locali di circolazione, il compenso e lo scompenso nel circolo, il sistema nervoso viscerale. Nel capitolo sulla riforma della diagnosi, si accenna specialmente alle diagnosi che si pongono troppo spesso in pratica e di cui si deve invece diffidare. A parte, sono trattate le reciproche influenze dei processi psichici e di quelli corporei, nonchè i meccanismi regolatori per l'adattamento al mondo esterno ed interno.

Da ultimo, un capitolo d'indole astratta sull'indirizzo da dare alla scienza della natura ed alla clinica.

Il libro ha impronta spiccatamente personale dell'A. e della sua scuola e rappresenta un indirizzo della medicina che tiene conto essenzialmente della funzione dell'organo che viene turbata dalla malattia. *fil.*

A. DURUPT. *L'intérferométrie en clinique.* Volume di pagg. 204. G. Doin, Paris, 1932. Frs. 28.

In questo breve libro il Durupt, già ben noto nei nostri laboratori per il suo aureo manualetto di microchimica, espone il metodo che, inaugurato da Hirsch circa venti anni fa, si propone di svelare e di dosare i fermenti protettivi studiati da Abderhalden, per mezzo di un preciso metodo ottico. Dopo una breve introduzione che chiarisce le basi teoriche del metodo, l'A. tratta con parola facile e chiara

la tecnica dell'uso dell'apparecchio e dell'andamento della ricerca. Una buona metà del libro è infine dedicata alle applicazioni cliniche del metodo. Esso si presta assai allo studio fine delle funzioni endocrine e permette di approfondire l'indagine ai fenomeni di interdipendenza e di compensazione ghiandolari. Anche in parecchi punti oscuri della diagnostica generale delle sindromi interne il metodo può portare chiarimento oggi si lasciano appena intravedere le sue possibili applicazioni al campo delle malattie infettive. Il metodo è certo delicato e può solo essere aggredito da chi abbia pratica di laboratorio: il libretto del Durupt sarà ottima guida a chi vorrà incamminarsi su questa via. PUDDU.

H. ROUVIÈRE. *Anatomie humaine descriptive et topographique*, 3ª ediz. in due vol. in-8° di complessive 1800 pagg. e 1000 figure. Masson & C. Paris, 1932. Fr. 375.

Il brillante successo di questo magnifico Trattato francese di Anatomia Umana non solo in Francia ma anche all'estero, dove certamente non mancano opere del genere, viene testimoniato dal rapido succedersi delle sue edizioni.

A brevissima distanza dalla 2ª, infatti, viene ora presentata la 3ª edizione, arricchita di ben 120 figure e di circa altrettante pagine.

Le principali modificazioni apportate riguardano sopratutto l'apparato circolatorio, il sistema nervoso vegetativo, il sistema linfatico, la splancnologia. Nulla è modificato però per quanto riguarda il piano generale dell'opera, chè anzi esso mantiene quella chiarezza, semplicità ed eleganza di descrizione, che sono nella realtà i veri pregi di questo Trattato.

Degna di menzione infine è anche la parte iconografica, che curata in modo insuperabile, completa degnamente la parte descrittiva.

A. P.

DIVAGAZIONI.

Tabagismo e funzioni dell'apparato digerente.

(S. SALUTA. *Il Morgagni*, 8 gennaio 1933).

L'A. riassume brevemente i risultati dei lavori e delle osservazioni concernenti l'influenza del tabacco e della nicotina sulla funzione dell'apparato digerente.

Studi recenti di Lehmann hanno stabilito che nel fumo di tabacco, oltre alla nicotina, sono contenuti altri composti: la nicoteina, la nicotellina e la nicotammina, e che l'azione tossica del fumo non si deve attribuire alla sola nicotina, ma a tutti i costituenti. Secondo lo stesso A., nel tabacco si trovano anche piccolissime quantità di acido malico, nitrico, ossalico e citrico, oltre a basi come picolina, collidina, metilammina, nonchè acido cianidrico, ossido di carbonio, ammoniaca e altre sostanze azotate.

Inoltre Dixon ha rilevato che il fumo prodotto dalla combustione di sostanze vegetali, compreso il tabacco, contiene piridina o derivati piridinici, che esercitano un'azione irritante sulle mucose con cui vengono a contatto; ed ha concluso che queste sostanze, e non già la nicotina, sono responsabili dei fenomeni di irritazione delle fauci e della lingua, della tosse mattutina e della congiuntivite cui vanno particolarmente soggetti i fumatori di sigarette.

Secondo Dixon, il fumo di un sigaro contiene più nicotina di 12-18 sigarette; la sigaretta però è più dannosa per i prodotti di combustione della carta; la pipa è meno dannosa del sigaro, perchè i prodotti di distillazione in parte si fissano nella cannuccia.

L'abuso di fumo è cosiderato generalmente come causa predisponente di varie forme morbose del cavo orale. I denti ingialliscono e sono più facilmente soggetti alla carie e alla caduta, a carico della mucosa buccale e faringea compaiono di regola fatti infiammatori più o meno intensi. È nota poi l'importanza etiopatogenetica del fumo sulla genesi del cancro dei fumatori.

Quanto all'azione battericida del fumo di tabacco, essa non può praticamente esser presa in considerazione.

Sin dall'inizio l'uso del fumo può essere causa di disturbi gastrici più o meno intensi. Fra questi hanno particolare importanza i disturbi tardivi, che si insediano subdolamente, sono di maggior gravità dei disturbi acuti e difficilmente curabili.

Per quanto riguarda la motilità gastrica, la nicotina determina una intensa attivazione della peristalsi, accompagnata con frequenza da vomito, per via riflessa. Favarger, a questo riguardo, suggerisce ai fumatori delle norme per evitare i disturbi gastrici. Non bisognerebbe

mai fumare a digiuno; facendo sì che la nicotina e gli altri costituenti tossici agiscano sullo stomaco pieno, si evita la perdita dell'appetito e si utilizza l'azione antidotica di alimenti e bevande contenenti tannino (vino rosso, caffè, tè).

L'uso moderato del fumo stimola in molti fumatori la peristalsi intestinale e questa azione coincide con quella della nicotina, che però a grandi dosi, oltre alla inappetenza, provoca dolori epigastrici, diarrea o stitichezza.

La diarrea costituisce una delle prime manifestazioni dell'intolleranza dell'organismo al fumo di tabacco. Nell'uomo è frequente sopratutto negli operai da poco ammessi nelle manifatture dei tabacchi e nei fumatori novizi. Anche la permanenza un po' prolungata in una sala dove molti individui fumano può determinare in soggetti predisposti l'emissione di due o tre scariche liquide.

Le opinioni sono ancora molto discordi riguardo l'influenza che esercita il tabacco sulla secrezione salivare. In generale il fumo di tabacco deprime l'azione proteolitica e amilolitica della saliva, per opera dell'aumentata presenza nella saliva dei fumatori di tabacco di solfocianuri.

L'influenza del fumo sulla secrezione gastrica si esplicherebbe attraverso un'azione ostacolatrice; ma su questo punto le ricerche non sono concordanti. Fenomeni dispeptici sono stati sopratutto osservati negli individui che fumano a digiuno e in quelli che deglutiscono il fumo.

Alterazioni epatiche nel corso dell'intossicazione tabagica sperimentale sono state descritte da molti autori. Nell'avvelenamento cronico, oltre a fatti degenerativi, sono stati osservati processi di sclerosi attorno alla vena porta, ai canalicoli e alle arteriole, poi agli spazi di Kiernan; non raramente si è osservata neoformazione di nuovi canalicoli biliari; si ha così una vera cirrosi anulare perilobulare, con tendenza alla diffusione nel lobulo stesso.

Le nozioni acquisite sulla sinergia che esiste tra la funzione delle ghiandole salivari e il pancreas chiariscono in parte la patogenesi di alcuni disturbi gastro-intestinali dei fumatori.

Scarse notizie si hanno sul comportamento del ricambio dei glucidi nei fumatori. Recentemente Stern avrebbe messo in evidenza una glicosuria alimentare provocata dall'abuso di sigarette, ma non ha alcun saldo fondamento l'opinione di questo autore sulla natura tabagica di alcune forme di diabete per lesioni del fegato.

In conclusione, le nostre conoscenze sulla influenza del fumo di tabacco nelle funzioni dell'apparato digerente sono ancora incomplete, e la patogenesi di molti dei disturbi osservati nei fumatori non è sufficientemente suffragata dall'esperimento.

C. TOSCANO.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la Tubercolosi.

Sezione Regionale. del Lazio.

Seduta del 21 febbraio 1933.

Presiede l'on. prof. E. MORELLI.

Si procede alla nomina del Consiglio direttivo per il 1933, che risulta confermato nelle persone di: prof. C. Frugoni, presidente onorario; prof. E. Morelli, presidente; prof. A. Omodei-Zorini, delegato regionale. Il prof. MORELLI propone di elevare a due i posti di vice-presidente, la proposta viene accolta all'unanimità. Restano così nominati: prof. G. Mendes, vice-presidente; prof. G. Bilancioni, vice-presidente. Vengono pure confermati i fiduciari provinciali: prof. C. Benedetti per Roma; prof. V. Lamma per Frosinone; dott. Merlani per Viterbo.

Sopra un bacillo capace di associazione stabile col micobatterio della tubercolosi "Bacillus tubercolophilus,, n. s.

PUNTONI V. e FAVIA U. — Gli OO., studiando lo stipite tubercolare umano avirulento T. P., hanno potuto costatare che lo speciale aspetto umido e piatto delle culture su patata di tale ceppo è in relazione alla presenza di un bacillo che da molti anni vive in esso in associazione.

Liberando il T. P. dal suo associato le culture riprendono l'aspetto secco e mammellonato che è tipico dei bb. tubercolari. Per ottenere lo scopo è specialmente indicato il passaggio attraverso le cavie, sul quale il bacillo associato viene distrutto.

Il bacillo associato, che gli OO. hanno denominato *bacillus colophilus*, è un bacillo Gram-negativo, e non acido-resistente, trasportabile, straordinariamente polimorfo nella sua associazione col b. di Koch e capace di produrre spore. Ma le caratteristiche culturali e particolarmente l'estrema sua gracilità e fragilità sui terreni ordinari lo discostano dagli sporigeni noti. La presenza del bacillo di Koch e l'aggiunta di tubercolina ai terreni colturali, facilitano notevolmente le sue culture.

Allo stato vegetativo ha una brevissima sopravvivenza nelle culture. Invece nell'associazione col b. di Koch ed in alcune culture ove forma spore, può sopravvivere molti mesi e resistere ad energiche azioni fisiche e chimiche. Il suo potere patogeno è nullo.

L'associazione col b. di Koch è a vantaggio del b. tubercolofilo che sfrutta la presenza ed i prodotti del b. di Koch stesso; mentre il b. di Koch sembra piuttosto sopportare che trarre utile dal b. tubercolofilo.

Culturalmente e morfologicamente il T. P. non sembra aver subito variazioni stabili e ben rilevabili in seguito all'associazione col b. tubercolofilo. Ma il fatto che il T. P. è divenuto avirulento in maniera stabile e definitiva, impone il quesito se tale mutazione biologica non sia da riferire ad un'azione esercitata dal b. tubercolofilo.

Gli OO. hanno perciò tentato l'associazione del b. tubercolofilo con parecchi ceppi tubercolari, umani, bovini ed aviari. L'associazione si è verificata più o meno facilmente con 8 ceppi, ed è

fallita con uno soltanto. I ceppi associati danno su patata glicerinata culture umide e piatte come quelle del T P. associato, ma per ora non si sono manifestati sicuri segni di attenuazione.

Su tale argomento gli OO. si riservano di riferire a suo tempo.

Il prof. Morelli rileva l'importanza della comunicazione svolta e la possibilità di eventuali applicazioni terapeutiche.

Note di tecnica sul pnx bilaterale (su di un dispositivo per la misurazione della pressione endopleurica contemporanea bilaterale).

A. Omodei-Zorini. — L'O. discute brevemente i vari metodi in uso per la condotta del pnx bilaterale, soffermandosi sulla utilità di misurare la pressione manometrica contemporanea delle due sacche pneumotoraciche allo scopo di controllare come già in precedenti ricerche del Parodi e del Mazzetti, il comportamento del mediastino. L'O. nei casi di pnx iniziati pressochè contemporaneamente per lesioni bilaterali simmetriche, procede a rifornimenti distanziati di 5-7 giorni introducendo il gas nella stessa seduta sia a destra che a sinistra nella quantità voluta dal carattere clinico-radiologico delle lesioni esistenti.

Si serve di un particolare dispositivo, collegato coll'apparecchio da pnx Morelli, composto da un tubo di vetro ad ipsilon che porta al centro un rubinetto a tre vie, di cui l'una resta in rapporto con l'apparecchio Morelli e le altre due, mediante tubi di gomma e due aghi dello stesso calibro, con le due cavità pleuriche. Gli aghi sono muniti di mandrino calibrato a becco di flauto che vien tolto dopo la puntura.

Girando il rubinetto a tre vie si può mettere rapidamente in comunicazione ora una sacca pneumotoracica ora l'altra col manometro e il palloncino d'aria e procedere all'introduzione del gas. Vengono notate le pressioni iniziali bilaterali, le pressioni controlaterali dopo i singoli rifornimenti e le pressioni finali. La qualità di gas introdotta è misurata mediante un siringone da 200 cc.

Discussione: Bilancioni, Morelli, Mendes, Signorelli.

Su di un caso di comunicazione tra le due cavità pleuriche intervenuta nel corso di un pnx bilaterale simultaneo.

A. Omodei-Zorini e A. Di Natale. — Gli OO. illustrano un caso (che ritengono unico nella letteratura medica) di un'abnorme e temporanea perforazione tra le due sacche pneumotoraciche.

Si tratta di una ragazza entrata in Istituto nel giugno 1932, già portatrice di un doppio pneumotorace parziale superiore iniziato in altro Istituto. Le lesioni polmonari erano rappresentate da una tbc. ulcerofibrosa del lobo superiore sinistro di origine antica e di un infiltrato recente, tipo lobite superiore destra, con sinfisi pleurica nella metà inferiore.

Le pressioni manometriche endopleuriche erano positive a sinistra, negative a destra.

Procedendo con la tecnica e con l'apparecchio suddescritto a rifornimenti settimanali bilaterali contemporanei, si è potuto rilevare verso la fine di agosto la tendenza ad una eguaglianza delle pressioni manometriche bilaterali che prima erano invece notevolmente differenti.

Si è pensato in un primo tempo ad uno spostamento del mediastino superiore, evenienza però non confermata dalla osservazione clinica e radiologica. Si sospetta allora l'intervento di una abnorme comunicazioni fra le due sacche pneumotoraciche attraverso una fistola mediastinica formatasi entro pregresse aderenze tra i due foglietti pleurici, così da evitare l'insorgenza di un enfisema mediastinico.

Per accertare il presupposto, si procedette a diverse prove che diedero la dimostrazione precisa della anomalia. In una prima ricerca si portò la pressione nella piccola sacca pneumotoracica sinistra a + 20; mettendo in comunicazione la sacca pneumotoracica controlaterale con la atmosfera si osservò la caduta rapida della pressione anche nella sacca di sinistra con valori manometrici medi oscillanti attorno allo 0. Lo stesso fenomeno avveniva inversando le parti.

Inoltre si è introdotto a forza l'ossigeno nel pnx sinistro e si è nello stesso tempo avvicinato all'ago inserito nella sacca destra e comunicante con l'esterno un bastoncino di carbone acceso. La dimostrazione del rapido passaggio dell'ossigeno a traverso le due cavità veniva data dal cambiamento di colore della punta rovente del carboncino che dal rosso passava al bianco.

Il fenomeno si è potuto osservare per diversi rifornimenti successivi, dopo di che scomparve probabilmente in rapporto con la progressiva riduzione volumetrica del pnx sinistro che si svuotava nel destro ed il conseguente spostamento dei suoi rapporti col mediastino.

Attualmente il pnx sinistro è abbandonato. L'ammalata è stata operata di frenicoexeresi sinistra.

Discussione Morelli.

Sulla conoscenza di un non raro inizio di pleurite pneumotoracica.

Torelli G. — L'O. illustra un particolare inizio di pleurite che si osserva specialmente nei pnx a lobo inferiore espanso. Alla visione radioscopica si ha una sfumatura del contorno diaframmatico, sfumatura che durante la inspirazione si porta verso l'esterno senza tuttavia raggiungere il seno complementare che rimane sempre trasparente; facendo inclinare il paziente dal lato del pnx permane il livello liquido che sporge, come un cuneo, dal contorno diaframmatico ed è sormontato da una piccola stria opaca che rappresenta il limite polmonare della sacca idroaerea; mettendo il paziente in decubito laterale si ha sempre la formazione del livello.

Con le proiezioni oblique si è potuto constatare che il seno complementare è sempre trasparente, il reperto descritto corrisponde ad una piccola raccolta liquida compresa tra il diaframma e la faccia inferiore del polmone ed in tale regione mantenuta da aderenze mentre il seno costo-diaframmatico è libero. Nessun altro segno, se non quello radiologico era presente. L'evoluzione fu varia ma in genere si ebbe tendenza ad invadere la grande cavità. L'O. mostra infine numerosi radiogrammi presi in varie proiezioni e posizioni, e conclude affermando che la ricerca dei piccoli versamenti in pnx non va limitata al seno costodiaframma-

tico, ma bensì estesa attentamente a tutta la base polmonare.

MONALDI V. — *Presentazione di casi di toracoplastica antero-laterale.*
Discussione: MORELLI, ABRUZZINI, MONALDI.

Il Segretario: OMODEI-ZORINI.

Società Lombarda di Medicina.

Seduta del 24 febbraio 1933.

Ha preso la parola il prof. C. LUCCHINI parlando su « Contributo clinico e sperimentale allo studio dell'anemia perniciosa ». suscitando un'interessante discussione alla quale hanno preso parte i professori FERRATA, CARPI, FORNARIO ed il dott. ZARDI. Indi il dott. G. A. ORTELLI comunicò sulla « Patogenesi dell'ulcera tubercolare dello stomaco ». Seguì il dott. R. SCOTTI DOUGLAS che riferì sulle « Modificazioni pressorie e del quadro ematico-morfologico e volumetrico degli individui ipertesi in seguito al salasso ». Da ultimo il prof. A. ARRIGONI diede relazione dei suoi interessanti studi sulla « Pneumoconiosi da bario » proiettando un'interessantissima serie di radiografie.

Il Segretario: R. SCOTTI DOUGLAS.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta del 4 gennaio 1933.

Presidenza: prof. PIERI.

Dott. G. LISE. — *Sulla chirurgia del cuore.* — Conferenza.

La importanza clinica della spina bifida occulta.

Prof. M. LAPENNA. — L'O. prende lo spunto dall'osservazione di alcuni casi di spina bifida occulta studiati radiologicamente, per discutere brevemente il valore clinico dell'alterazione congenita vertebrale. Richiama innanzi tutto l'attenzione sopra le pseudo-schisi vertebrali, notando che la mancata saldatura dell'arco può osservarsi anche nell'età infantile avanzata, fino al 12° anno, rappresentando quindi solo un ritardo di ossificazione. Aggiunge inoltre che talune malattie legate in qualche modo alla schisi sacrale o lombare, come l'enuresi notturno dei bambini o degli adulti, insorgono spesso per altri fattori occasionali, più frequentemente psichici, mentre la malformazione vertebrale è congenita. Osserva infine che mentre non può negarsi un rapporto di coincidenza abbastanza frequente fra le schisi vertebrali e talune manifestazioni morbose del sistema urinario, non è ancora affatto dimostrato un rapporto di causalità o di stretta interdipendenza.

L'anestesia locale nella riduzione delle fratture.

Prof. G. PIERI. — L'O. ha da qualche tempo adottato la riduzione in anestesia locale (metodo che va col nome di Böhler), come regola generale, che comporta del resto varie eccezioni (fratture del bacino, del rachide, fratture esposte, fratture a pelle infetta, ecc.). Egli ha usato per l'anestesia una soluzione di percaina all'1 per mille, che ha due vantaggi: quello di essere in commercio in fiale chiuse e quello di avere un'azione che si protrae per alcune ore.

Recentemente sono stati dall'O. così trattate 16 fratture: 9 del polso, 5 della gamba, 1 dell'omero e 1 del femore. Le dosi di anestetico usate furono le seguenti: nelle fratture del polso 10 cc. a livello del radio e 5 a livello dell'ulna; nelle fratture della gamba 20 cc. a livello della tibia e 10 a livello del perone. Nelle fratture dell'omero 20 cc., nella frattura del femore 30 cc. Nei bambini furono ridotte, proporzionalmente, le dosi.

Il vantaggio principale di tale metodo consiste nella possibilità della riduzione ambulatoria delle fratture. L'O. non ha osservato alcun inconveniente dal suo uso.

Un caso di febbre esantematica estiva.

Dott. O. BERTOLOTTI. — L'O. riferisce un caso di febbre esantematica estiva, che sarebbe il primo osservato nel Bellunese; esso però concerne un giovane che proveniva da altra regione e che ammalò pochi giorni dopo arrivato. Ne coglie occasione per descrivere il quadro clinico di tale affezione e tracciarne i dati diagnostici differenziali, rispetto alle altre malattie affini.

Peritonite biliare mortale da penetrazione di ascaride nel dotto di Wirsung.

Dott. P. AMADORI. — L'O. parla di una donna di 56 anni che viene inviata in ospedale in gravi condizioni con diagnosi di peritonite da perforazione iniziatasi il giorno precedente. Tale diagnosi appare verosimile in rapporto al quadro semeiotico. Constatando il maximum del dolore nel quadrante inferiore destro, l'intervento si inizia con la esplorazione della fossa iliaca destra; all'incisione del peritoneo fuoriesce un fiotto di liquido nettamente biliare; nulla a carico dell'appendice che si asporta. Poichè l'ammalata si aggrava rapidamente si colloca un tubo di drenaggio e si sutura la ferita operatoria. Si ebbe morte poche ore dopo l'intervento.

L'autopsia dimostrò una peritonite biliare diffusa: non alterazioni apprezzabili del fegato e della cistifellea. Aperto il duodeno si constata che il dotto cistico è pervio, ma ad un tratto cessa il flusso di bile dalla papilla di Vater e compare l'estremità di un ascaride; si seziona il pancreas che pare aumentato di volume, e il suo dotto è occupato per quasi tutta la sua lunghezza dall'ascaride; il tessuto pancreatico intorno al canale appare alterato (focolai infiammatori a tipo necrotico) per lo spessore di circa mezzo centimetro; il che all'O. sembra parlare per la penetrazione dell'ascaride *in vitam*. Egli pensa che l'ascaride determinando con l'estremità l'occlusione della papilla di Vater, abbia provocato il reflusso del succo pancreatico nella cistifellea, rendendone così permeabile la parete alla bile.

Il Segretario: G. LOCATELLI.

☛ *In uno dei prossimi numeri pubblicheremo:*

SINDROME BANTIANA DA PROBABILE TROMBOFLEBITE SPLENO-PORTALE

Lezione clinica del Prof. CARLO GAMNA

Direttore della Clinica Medica della R. Università di Siena.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

L'iniezione intracardiaca di adrenalina.

L. HELMAN,
chirurgo all'Ospedale Israelita di Galatz
(Romania).

Con l'esame corretto del malato ci mettiamo — con qualche approssimazione — al riparo dalle sorprese allor che si tratta di sottoporlo ad un intervento chirurgico; però, in ciò che riguarda la sorpresa di una sincope anestesica, siamo completamente disarmati.

L'apparizione di una simile sincope, sfugge ai nostri metodi di indagine e di prevenzione. In quanto riguarda la loro cura, i mezzi finora conosciuti — in moltissimi casi — non hanno dato il risultato atteso.

Fino a qualche anno fa, il massaggio del cuore era ritenuto il mezzo estremo da tentare, quando tutti gli altri mezzi erano falliti e tutto sembrava perduto. Questo metodo, fondato sulle esperienze di Schiff e Hoke (1874) ha reso un successo temporaneo a Tuffier nel 1898. A parte il fatto che i successi sono in assai piccola proporzione — secondo Pieri, dei 76 casi pubblicati, furono solo 26 di reanimazione — il metodo ha grandi svantaggi. Quando operiamo all'infuori dell'addome, per massare il cuore, bisognerebbe scoprirlo, sia mediante la resezione del piastrone costale per il massaggio diretto, sia laparotomizzando per massarlo sotto, cioè attraverso il diaframma. Questo fatto richiede un intervento in più, ciò che sicuramente aumenta di molto il traumatismo già esistente. Oltre a ciò le manovre che si fanno sopra il cuore sono legate certe volte di reali pericoli. Così sono state descritte lesioni delle fibre muscolari e anche pericarditi purulenti (Wrede) con seguiti molto gravi.

Le difficoltà di questo metodo, e l'incertezza dei suoi risultati, hanno imposto la ricerca di un altro mezzo che fosse più facile come tecnica e più ricco in buoni risultati. Alla fisiologia spetta il merito di aver mostrato il cammino da seguire.

Vedremo — in breve — l'intera catena delle ricerche seguite, che hanno imposto il metodo, oggi alla portata di tutti, dell'iniezione intracardiaca di adrenalina.

Schäffer e Olivier, nel 1894, hanno scoperto nella ghiandola soprarenale una sostanza, la quale iniettata nel circolo produce ipertensione.

Gottlieb (1896) ha constatato che le iniezioni intravenose con gli estratti soprarenali producono reanimazioni nei conigli in sincope cloroformica.

Più tardi, nel 1901, Takamin e Adrich hanno isolato questa sostanza: era l'adrenalina.

Nel 1905 Winter riprende le esperienze sui conigli intossicati con cloroformio, che reanima con iniezioni di adrenalina, questa volta intracardiache.

Le prime ricerche sull'uomo sono state fatte da Vander Velden nel 1910 e Szubinsky nel 1915, senza alcun risultato. Zuntz nel 1919 ha avuto il primo successo nel caso di una donna di 56 anni che aveva avuto una sincope cardiaca durante l'anestesia col miscuglio Schleich.

Il metodo fu poi tentato in Germania e in America per essere poi — dopo i lavori di Toupet e Petit Dutaillis (1923) — introdotto anche in Francia.

Sono innumerevoli i lavori fatti sopra l'adrenalina e le esperienze fatte sugli animali hanno aperto nuovi orizzonti nelle applicazioni all'uomo.

Cherencewsky, Florentin e Lesbouyries hanno dimostrato che le iniezioni intracardiache fatte nel cane con diverse sostanze, sono inoffensive, anche se fatte 2 volte al giorno come hanno fatto loro, senza produrre qualche seria lesione, o emopericardio.

Gli autori tedeschi credono che l'adrenalina eccita nel cuore il sistema ganglionare e specialmente le terminazioni simpatiche.

Henschen propone di fare l'iniezione nel muscolo cardiaco e non nel ventriculo.

Petzetakis raccomanda — nell'uomo — la dose di un quarto di milligrammo di adrenalina, intracardiaca, per una volta e preferibilmente diluito con siero fisiologico. Le grandi dosi producono una sopraeccitazione del cuore, con rapida riviviscenza; però rapidamente anche si ha la spossatezza del miocardio ed il cuore si arresta definitivamente.

Bisogna guardarsi di non ferire le zone pericolose del cuore stesso, e anche gli organi importanti in vicinanza del cuore.

Secondo Henschen le zone pericolose del cuore sarebbero:

1) la parete interventricolare ed interauricolare;
2) il fascio di His-Tawara;
3) la base dell'orecchietta destra;
4) la scissura anteriore;
5) il posto di sbocco delle vene cave;
6) i vasi coronari.

Inoltre — pei rapporti di vicinanza — bisogna guardarsi dall'arteria mammaria interna e dalla pleura.

Per non ledere la mammaria interna, Vogt-Toupet raccomanda di far l'iniezione sul margine dello sterno, nel 4° spazio intercostale.

In ciò che riguarda la pleura, Rodi — studiando i rapporti tra il cuore e la parete sterno-costale — ha trovato che solo in 10 per cento dei casi, ci possiamo guardare dalla pleura, anche se ci teniamo sul margine sternale.

Negli enfisematosi la cosa diviene ancora più difficile, e perciò è stata proposta la via sottoxifoidiana.

Rodi crede, che punzonando nel 4° o nel 5° spazio intercostale, sul margine sinistro dello sterno, arriviamo certamente nel ventricolo destro.

Qualche autore credeva che la puntura dell'orecchietta fosse pericolosa. L'osservazione di Raul e Cuny dimostra il contrario. Questi autori avevano fatto ad un malato in sincope anestesica sei iniezioni di adrenalina intracardiache: Il malato si rimette per soccombere — dopo qualche giorno — ad una pneumonia destra. Alla necroscopia, fu trovato nell'orecchietta la traccia di una delle sei iniezioni intracardiache. La morte del malato proveniva dalla pneumonia, essendo intervenuta qualche giorno dopo le iniezioni. Quando bisogna fare questa iniezione?

Più presto la si fa — dal momento dell'arresto del cuore — e più sicuro sarà l'effetto (Henschen, Harisch, Zweit, Toupet). Secondo Lian, l'iniezione non dev'essere fatta più tardi dei sei minuti dal momento dell'arresto del cuore. Secondo Sand, bastano tre minuti di non irrigazione sanguigna nel cervello, perchè questo presenti disturbi cellulari degenerativi.

Batelli crede che i centri nervosi non sopportano un'anemia che duri più di 10 minuti.

Tutti gli autori sono d'accordo che l'iniezione dev'essere fatta nei primi 5 minuti dall'arresto del cuore. Si raccomanda inoltre di fare al malato l'intero arsenale tonicardiaco, l'azione dell'adrenalina essendo passeggera.

Guthman insiste sull'associazione adrenalina-strofantina, la strofantina sostenendo più a lungo l'effetto dell'adrenalina.

L'esperienza degli autori ha dimostrato come si possono ripetere le iniezioni di adrenalina intracardiaca — quando le circostanze esigono — senza alcun inconveniente. Abbiamo visto sopra il caso di Raul e Cuny, i quali avevano fatto fino a 6 iniezioni ad un loro malato per rianimarlo.

Si può fare 1/2-1 cc. in una volta ed all'occorrenza si possono ripetere le dosi.

Il metodo è stato applicato nelle sincopi di tutte le anestesie; è stato però combattuto in ciò che riguarda il cloroformio.

Nel 1910 un laringoiatra inglese, Blumenfeld, attirò l'attenzione sui gravi disturbi che presentano i malati narcotizzati con cloroformio, ai quali — operando nel naso — le si fa l'ischemia locale con adrenalina. Le esperienze di Levy hanno dimostrato che iniettando l'adrenalina nelle vene, nei cani cloroformizzati, il cuore si arresta molto presto. In principio si constata tachicardia con ipertensione, dopo di che segue fibrillazione ed arresto definitivo.

Questo fenomeno è stato chiamato da Stillmunkes « Sincope adrenalino-cloroformica ».

Petzetakis e Clúzet, nelle loro ricerche hanno dimostrato quanto è nocivo il cloroformio per il cuore.

Per questi autori la fibrillazione ventricolare nell'intossicazione cloroformica è equivalente con la morte definitiva.

Garrelon e Pascalis hanno dimostrato che per ammazzare un cane cloroformizzato, con l'adrenalina, bisogna adoperare una dose trenta volte più piccola della dose di adrenalina necessaria ad un cane normale.

I ricercatori credono che l'adrenalina sensibilizza l'organismo e così l'azione tossica del cloroformio diventa più intensa.

D'altra parte la tiroide mette in libertà un ormone che fa sì che gli scambi cardiaci siano più intensi, e così il cuore riceve più sangue e anche più cloroformio.

L'adrenalina provocando una vaso-costrizione polmonare, viene spinto verso il cuore sangue ricco in cloroformio. Nello stesso tempo l'adrenalina dilatando le coronarie questo fatto è anche lui causa dell'arrivo di quantità di sangue maggiore al cuore, dunque cloroformio di più (Garelon-Pascalis).

Questi autori sono contro l'impiego dell'adrenalina nella sincope cloroformica secondaria, e la raccomandano solo in quella primitiva.

Essi sostengono che la sincope primitiva è dovuta ad un fenomeno di inibizione, e quella secondaria all'intossicazione cloroformica.

Riprendendo nelle loro esperienze sui cani, il metodo di Dastre, essi hanno iniettato, avanti l'anestesia cloroformica, 1-2 milligr. di atropina. Questi, abolendo l'azione del vago — inibitore del cuore — hanno sempre avuto dei buoni risultati nelle loro esperienze. Nell'uomo, la dose necessaria di atropina è troppo grande per essere utile, e per questo il metodo è inutilizzabile.

La sincope adrenalino-cloroformica esiste nell'uomo, solo nei casi quando si opera nella cavità nasale.

Così Moulonquet e Luchetti hanno comunicato un caso mortale. Operando sul setto nasale — sotto anestesia con cloroformio — avevano fatto ischemia locale con adrenalina. La

causa di questa sincope si deve mettere in relazione con un grande assorbimento di adrenalina, dato che le fosse nasali sono riccamente vascolarizzate. Si citano sei casi mortali per sincope adrenalino-cloroformica (Levy, Wilson, Cardie, Depree).

All'infuori dei casi di operazione nella cavità nasale, contrariamente al parere di Garelon e Pascalis, l'esperienza ha dimostrato che si può utilizzare l'adrenalina intracardiaca anche nella sincope cloroformica secondaria. Cito il caso di Michon il quale in una sincope cloroformica sopravvenuta dieci minuti dopo l'inizio dell'anestesia ha avuto una riviviscenza definitiva con 1 cc. di adrenalina intracardiaca. Così, sono anche i casi di Barbier, Khater, Mathieu, in favore al principio di utilizzare il metodo in qualsiasi sincope anestesica.

La sola eccezione è quando si opera nelle fosse nasali sotto anestesia cloroformica, quando non bisogna fare ischemia locale con adrenalina.

Recentemente, alla Società nazionale di chirurgia di Parigi, Tournade (di Alger) ha fatto una comunicazione delle più interessanti, la quale è un nuovo contributo allo studio della sincope cloroformica. Questo Autore — in collaborazione coi suoi allievi Malmejac e Djourno — ha intrapreso una serie di esperienze sui cani per vedere la differenza di reazione all'adrenalina nelle due forme di sincope cloroformica: primitiva (di inizio) e secondaria.

Essi sono riusciti a produrre nei cani uno stato analogo alla sincope d'inizio, quella per inibizione, ed hanno constatato che quasi in tutti i casi l'adrenalina provocava la fibrillazione ventricolare.

Nella sincope secondaria — per intossicazione miocardica con cloroformio — essi hanno constatato che l'iniezione di adrenalina — all'occorrenza ripetuta 5-6 volte — produce sicuramente la riviviscenza, specialmente quando è associata col massaggio cardiaco.

Il fatto pare paradossale come proprio nella sincope grave per intossicazione massiva, l'adrenalina salva l'animale e non produce la fibrillazione ventricolare.

Secondo Tournade la spiegazione sta in questi due fatti: da una parte la sincope adrenalino-cloroformica non si produce quando l'adrenalina viene iniettata lentamente — in almeno cinque minuti — e d'altra parte lo stato di asfissia si oppone alla sincope adrenalino-cloroformica.

Questo fatto è stato sottolineato anche da Levy, cioè che un cane intossicato profondamente con cloroformio si trova in uno stato di asfissia che lo protegge contro la sincope adrenalino-cloroformica.

Oltre a ciò, Tournade crede che « l'intossicazione *lieve* esagera l'attitudine del cuore per la fibrillazione in seguito all'iniezione di adrenalina; e per contro nell'intossicazione *profonda* avviene un fenomeno contrario l'eccitabilità viene ridotta ».

Riassumendo, dopo ricerche minuziose, l'A. crede che « l'eccesso di cloroformio protegge bene contro la fibrillazione ventricolare definitiva ».

È stata osservata un'altra incompatibilità tra la sparteina e l'adrenalina. Fernand Mercier, in una comunicazione fatta all'Accademia di Scienze di Parigi, attirò l'attenzione sopra questo fatto. Iniettando ad un cane sparteina e poi intravena adrenalina si ha una sincope definitiva. La sparteina sensibilizzerebbe il miocardio per l'adrenalina. Però nell'uomo non si osserva questa incompatibilità.

Il metodo dell'iniezione adrenalinica intracardiaca ha dato risultati soddisfacenti anche nelle sincopi che non tengono dell'anestesia. Così Valenti ha pubblicato il caso di un giovane avvelenato con 13 gr. di chinino il quale ha, due ore dopo, una grave sincope cardiaca. L'A. ha iniettato adrenalina intracardiaca a 4 cm. dallo sterno sopra la 5ª costola ed il malato ritornò in sè.

Bonanno ha pubblicato un caso di sincope grave sopravvenuta durante un pneumotorace; facendo una prima iniezione ebbe un rinvenimento temporaneo per averne poi uno definitivo con una seconda iniezione.

Il metodo ha dato buoni risultati anche nei poppanti. Così Bliedung ha rianimato un poppante che ebbe una sincope cloroformica, iniettando due decimi di cc. di adrenalina intracardiaca.

Gueniot, facendo ad un poppante, che aveva accessi di cianosi, una transfusione con sangue materno, combattè la grave sincope sopravvenuta, con adrenalina intracardiaca.

Garipuy e Meriel iniettano adrenalina nelle sincope bianche dei neonati con buoni risultati, quando altri mezzi falliscono.

Di solito iniettano, nel 5° spazio intercostale, a metà distanza fra la linea mammillare e la linea mediana. La lesione dei polmoni si esclude in queste circostanze essendo essi schiacciati.

Abbiamo più sopra detto che il metodo è stato utilizzato nelle sincopi di tutti gli anestesici.

Così è il caso di Walaversky di un bambino con sincope secondaria dopo etere-cloroformio; iniezione fatta 5 minuti dopo l'arresto del cuore con buon risultato, mentre gli altri mezzi fallirono; si fece anche lobelina intracardiaca senza effetto.

Johnson pubblica il caso di un bambino di tre anni con una sincope iniziale per Kelen, rianimato con l'adrenalina intracardiaca.

I più sorprendenti risultati ha dato questo metodo nella sincope della rachianestesia.

È il caso di ricordare il parere di Cotte di Lyon che nella R.A. la sincope si produce di solito quando si cambia bruscamente il malato dalla posizione di Trendelenburg nella posizione orizzontale.

Egli chiama il « 20° minuto dell'anestesia », il periodo critico perchè in questo tempo si produce, di solito, la sincope.

Paoli, Salen e Imbert hanno comunicato un caso di sincope anestesica nel quale hanno fatto il controllo della tensione arteriale al Pachon.

Nel momento della sincope l'ago rimase immobile per mostrare, 5' dopo l'iniezione di adrenalina, un aumento della massima da 9 a 20, per poi diminuire a 8, e venire al normale in qualche ora.

Aumentando il numero dei casi pubblicati si è potuto sapere se questo metodo di combattere le sincopi anestesiche non lascia nel malato qualche sequela.

Crile comunica il caso di un malato il quale 24 ore dopo l'iniezione, ebbe confusione mentale.

Bauman, Frenzel, hanno osservato in qualche caso agitazione, ipertermia, contrazioni epilettiformi.

Una paziente di Greene, rianimata con il massaggio cardiaco combinato con adrenalina, ebbe per 20 giorni uno stato di apatia.

Petit Dutaillis crede che questi fenomeni sono dovuti all'ischemia dei centri nervosi e non all'azione dell'adrenalina. Tra le complicazioni di ordine locale, sono state descritte l'enfisema sottocutaneo, precardiaco, dovuto alla puntura del polmone.

Il mio caso personale — l'osservazione del quale riassumo più giù — ha presentato un enfisema sottocutaneo che d'altronde venne riassorbito in qualche giorno.

Il metodo dell'iniezione intracardiaca con adrenalina è il mezzo che dà i più numerosi risultati, allorquando gli altri mezzi falliscono.

Cook facendo ad una donna colerica una cesarea, per combattere una sincope grave, gli fece il massaggio diretto del cuore transdiaframmatico senza alcun effetto. Solo coll'adrenalina la paziente riviene in sè per soccombere più tardi per la sua malattia.

Frizzera facendo una colecistectomia sotto rachianestesia, la malata ha una sincope grave che non cede al massaggio del cuore ma solo all'adrenalina. Il caso di Bloch il quale per una amputazione della mammella fece l'anestesia rachidea con scurocaina-caffeina viene citato nella letteratura come un insuccesso del metodo con adrenalina.

L'ammalata avendo una sincope grave non riviene in sè dopo l'iniezione intracardiaca di adrenalina ma solo dopo un'iniezione intrarachidea di caffeina. L'A. crede che con la caffeina aveva neutralizzato — in posto — l'effetto nocivo dell'anestesico. Questo caso non è — secondo me — bene scelto per diminuire il valore del metodo esposto, per il fatto che l'anestesia rachidea superiore è un metodo pericoloso ed eccezionalmente, perciò, adoperato.

Il caso di Bloch è dunque un caso speciale e non credo che possa diminuire il valore del metodo utilizzato in tante cirostanze con risultati così soddisfacenti.

Prima di finire mi permetto di riassumere l'osservazione del malato al quale ho somministrato un'iniezione di adrenalina intracardiaca a causa della sincope che ebbe per l'anestesia rachidea.

Si tratta del sig. M. R., di anni 60, di Focsani, il quale entra nel servizio chirurgicale dell'ospedale Israelita di Galatz per operarsi di un'ernia inguinale. Dall'esame generale risulta una bronchite cronica con enfisema.

Il 7 giugno 1930 viene operato sotto anestesia rachidea bassa, con 0,10 centigr. novocaina e 1/4 di ctgr. adrenalina. L'anestesia è perfetta, l'operazione decorre normalmente. Durante l'intervento si osserva che il malato cade in sonnolenza; il polso è aritmico, senza tensione.

Gli si somministrano tonici cardiaci e finita l'operazione, è rimandato a letto dove si continua con i cardiotonici. Dopo mezz'ora il suo stato è disperato; il polso non si percepisce più, il riflesso corneo è abolito, solo di quando in quando un movimento respiratorio.

Senza perder tempo gli faccio un'iniezione intracardiaca di adrenalina, nel quarto spazio intercostale sul margine sternale. Quando tutto sembrava perduto, il malato si rimette completamente e pian piano tutto rientra nel normale. Il giorno dopo, si constatò un enfisema sottocutaneo nella regione precordiale che poscia si riassorbì.

Dopo 14 giorni dall'intervento, esce dall'ospedale completamente guarito. L'osservazione del malato, che qui abbiamo riassunta, ci dimostra che si trattava di una sincope grave, la quale non cedette che all'adrenalina intracardiaca.

Questo metodo ha dato risultati inattesi in casi nei quali i malati presentavano tutti i segni della morte e dove tutti gli altri mezzi fallirono.

Tutti coloro che hanno praticato il metodo hanno sempre avuto l'impressione certa di aver richiamato in vita dei morti.

Fino ad ora è il metodo che nelle sincopi gravi delle anestesie ha dato i più rapidi risultati con la maggiore percentuale di guarigioni definitive.

È un metodo facile, alla portata di ognuno, l'unico strumento necessario essendo una siringa ed un ago da puntura lombare.

Questi devono sempre trovarsi nella sala di operazione per essere alla portata di mano al bisogno, il metodo della rivivescenza per l'iniezione intracardiaca di adrenalina non dando risultati che solo quando viene applicato in massima 5-6 minuti dall'arresto del cuore.

RIASSUNTO

L'iniezione intracardiaca di adrenalina alla dose di 1/2-1 cc. nel quarto spazio intercostale sul margine sternale costituisce un ottimo mezzo — alla portata di ogni medico — per combattere le sincopi gravi delle anestesie, colla sola condizione di essere fatta al massimo 5-6 minuti dall'arresto del cuore.

BIBLIOGRAFIA.

1. ASTERIADES T. *Trois cas de rèvivescence du coeur par injec. d'adrénaline*. Presse Médicale, n. 38, 1925.
2. BONANNO. *Grave sincope da rifornimento pneumotoracico separata con doppia iniezione intracardiaca di adrenalina*. Il Policlinico, Sez. Pratica, t. XXXVII, n. 28, 1930.
3. BLIEDUNG. *Intrakardiale adrenalininjektion bei Narkoseherz-stillstand eines Säuglings*. Münchener Medizinische Wochenschrift, marzo 1922-3.
4. BALLATI. *Gravissima sincope da narcosi superata con doppia iniezione intracardiaca di adrenalina*. Il Policlinico, Sez. Pratica, n. 43, 27 oct. 1930.
5. BANZET. Comunication à la Soc. Nat. de chir. de Paris, 14 luglio 1928.
6. BLOCH R. *Guérison d'une syncope anésthésique par inj. intrarach. de caféine après échec de l'adrénaline intracardiaque*. Presse Médic., 2-1-1929.
7. BARBIER L. Comm. à la Soc. Nat. de Chir. de Paris. Bullet. et Mém., 16 marzo 1927.
8. COTTE. Communication à la Soc. de Chir. de Lyon, 19 marzo 1925.
9. CHEVRIER. Bull. et Mém. Soc. Chirurg. de Paris, 16 marzo 1927.
10. CHERECHEWSKI-FLORENTIN et LESBOUYRIES. Com. à l'Académie de Med. de Paris, aprile 1927.
11. COOK L. The British Médical Journal, dec. 1926.
12. DELAGÉNIÈRE. *Trois observations d'injection intracardiaque d'adrén. pour provoquer la réanimation du coeur*. Bull. et. Mém. de la Soc. de chirurgie de Paris, n. 15, 1927.
13. DUJARIER-PAOLI-SALEN-IMBERT. Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris, 8 déc. 1928.
14. DANIELOPOL. *Les épreuves végélatives*. P. M., 59, 1923.
15. FRENZEL H. *Bekämfung des Narkose Herzstillstandes duch intrakardiale adrenalininjektion*. Münchener Med. Wochen., 17 juni 1921.
16. FRIZZERA. *L'iniezione intracardiaca di adrenalina nella sincope operatoria*. Il Policlinico, Sez. Pratica, gennaio 1927.
17. FASANO. Minerva Medica, a. VII, n. 18, 1927.
18. GUILLENIM. *A propos de l'injection intracardiaque d'adrenaline*. Rev. Méd. de l'Est, n. 2, 1930.
19. GARRELON-PASCALIS. *L'adrénaline dans les syncopes cloroformiques*. Presse Méd., n. 39, 1930.
20. GUTMAN. *Intrakardiale Einspritzung von adrenalin-shophantion bei akuten herzlämungen*. München. Med. Woch., juni 1921.
21. GUILLET. Bull. Mém. de la Soc. de Paris, 16 marzo 1927.
22. GUENIOT. Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 14 marzo 1927.
23. GARIPUY-MERIEL. *Inj. intrac. d'adrénaline chez le nouveau-né*. The American Journal of Obstetrics and Gynecology, vol. XIV, n. 2, 1927.
25. HOUSSAY. *Le rôle physiologique de l'adrénaline*. Presse Médicale, n. 15, 1925.
26. JEANNENEY-DAX. Com. à la Soc. anatomo-clinique de Bordeaux, 7, XII, 1925.
27. JOHNSON. Norsk Magasin for Laegevindenskaben, mai 1928, n. 5.
28. LENORMAND-RICHARD-SÉNÈQUE. *Deux cas de réanimation du coeur par l'injection intracard. d'adrénaline*. Presse Méd., n. 22, 15 mars 1924.
29. LEPOUTRE. *Traitement des sync. anesthés., par les inj. intrac. d'adrénaline*. Journ. des sciences méd. de Lille, n. 13, 1927.
30. MARCOS MITRANI. Vida Nueva, T. XXVI, n. 6.
31. MOULONQUET et LUCHETTI. Soc. de laring. des hôpitaux, fébr. 1926.
32. MERCIER. Com. à l'Acad. des Sciences, Paris, novembre 1927.
33. MICHON. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 6 avril 1927.
34. MOURCHED KHATER. Ibid., 14 luglio 1928.
35. PASTEUR-VALERY-RABOT. *Le danger des injections d'adrénaline à forte dose*. Soc. méd. des hôpitaux, Paris, marzo 1930.
36. PELLOT. Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie, Paris, 16 marzo 1927.
37. PERRUCHI-GUILLAUMINE. Soc. de Biologie, oct. 1927.
38. PERRIN. Lyon chirugical, T. XXVI, n. 5, 1929.
39. PETIT-DUTAILLIS. Journal de chirurgie, 1923.
40. PETZETAKIS. *A propos des injections intracardiaques d'adrénaline*. Presse méd. des hôpitaux, Paris, marzo 1930.
41. RODI. Archivi di Biologia applicata, vol. VI, fasc. 4, 1929.
42. RAUL et CUNY. Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie de Paris, 16 marzo 19297.
43. ID. ID. Com. à la Soc. de médecine du Bas-Rhin, 26 febr. 1927.
44. RAFFLIN et SARADJICHIVILI. Soc. de biologie, 9 ottobre 1929.
45. SIMONINE. Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris, 16 marzo 1927.
46. TOUPET. Ibid., 12 nav. 1926.
47. TRUZZI. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche, n. 48, 1928.
48. TANZII. Il Policlinico, Sez. Pratica, n. 29, 1929.
49. TOURNADE. Bull. et Mém. Soc. Chir., Paris, n. 20, juin 1932.
50. VALENTI. Il Policlinico, Sez. Pratica, fasc. 28, 1927.
51. VOGT. *Ueber die Grundlagen und Leitungsfähigkeit der intrak. Injektion zur Wiederbelegung*. Münchener Med. Woch., juni 1921.
52. WALAVESKY. Zentralblatt für Chir., t. LVII, n. 10, p. 503.

CASISTICA E TERAPIA.

Le forme delle brucellosi umane.

J. Jullien (*Presse Méd.*, 11 gennaio 1933) rileva che l'infezione semplice da Brucelle (B. Melitensis o B. Abortus Bang) sembra benigna nell'uomo come lo è nell'animale, e prende vari aspetti.

Le forme occulte comprendono tutti i portatori di germi in apparenza sani, ed i soggetti delle regioni sedi di endemia di cui le reazioni sierologiche e allergiche per la melitense sono positive.

Le forme febbrili ambulatorie o benigne guariscono spontaneamente nello spazio di alcune settimane e sono facilmente influenzate da qualunque terapia antinfettiva o dai vaccini specifici o dagli autovaccini.

Le forme resistenti della malattia (circa il 60 % dei casi) prendono sopratutto i soggetti di età o debilitati, che vivono in cattive condizioni igieniche. L'infezione da Brucellae sembra preparare il terreno a germi infettivi sopraggiunti, che danno alla fisionomia di queste infezioni un polimorfismo estremo.

Fra queste forme bisogna distinguere: le infezioni brucello-tubercolari evolutive (forme polmonari acute rapidamente evolutive, forme meningee, forme osteo-articolari); le infezioni brucello-tubercolari croniche; le associazioni colibacillari, streptococciche, pneumococciche, stafilococciche, tifiche, malariche e probabilmente da virus neurotropo (neuromelitococcia di Rogier). Sopratutto frequente è l'associazione con un germe diplostreptococcico, di cui l'A. ha studiato la batteriologia, le reazioni alle iniezioni intradermiche e gli effetti curativi sotto forma di stock-vaccini polivalenti. C. TOSCANO.

L'uso del batteriofago nella febbre tifoide.

I. Rutschko e M. I. Melnik (*Münch. med. Wochens.*, 19 agosto 1932) hanno usato il batteriofago (indicano anche il modo di preparazione) in 69 casi di febbre tifoide; in 52 per *os*, in 17 sottocute.

Non hanno osservato una netta azione di arresto sulla malattia. Spesso, 48-72 ore dopo la somministrazione la temperatura si abbassa, talora dopo un rialzo iniziale di 0°,3-0°,8. Indipendentemente dall'abbassamento della temperatura, si osserva un reale miglioramento nel benessere del malato.

Sono state osservate le seguenti reazioni: diarree, ricomparsa di roseole, aumentata secrezione di sudore. Tali reazioni sono più frequenti e più evidenti con la somministrazione sottocute.

Vi sono casi, se pure non numerosi, in cui il batteriofago non ha dimostrato nessuna azione nè per bocca nè sottocute. Tale mancanza di azione è più frequente nella somministrazione per bocca.

È desiderabile che continuino le osservazioni sull'azione del batteriofago nella tifoide.

fil.

Il trattamento della poliomielite con trasfusione sanguigna.

La terapia della poliomielite con piccole o medie dosi di siero di convalescenti ha ormai parecchi fautori. Essa però ha sempre il difetto di richiedere un certo tempo per la preparazione del siero; fra altro le dosi applicate non sono sufficienti nel periodo manifesto della malattia, quando cioè è già evidente la sindrome meningea, encefalitica o mielitica. In questo periodo (nel quale di solito viene fatta la diagnosi e praticata la cura) occorrono dosi ingenti di antitossina.

Ora Schottmüller (*Deutsche Mediz. Wochenschrift*, 13 genn. 1933) preconizza a questo scopo l'uso della trasfusione sanguigna; il datore, a parte le solite norme, dovrebbe essere uno che da 2-6 anni ha subito un attacco di poliomielite od almeno abbia convissuto con un malato. Il sangue intero indubbiamente contiene degli immuncorpi in quantità maggiore che il siero; inoltre si avrebbe il vantaggio di trattamento endovenoso, conseguentemente più rapido (event. può essere adoperato sangue citratato intramuscolarmente). Le difficoltà pratiche sembrano considerevoli, ma un'organizzazione (come per i centri di trasfusione) adeguata potrebbe facilmente superarle; l'A. riuscì p. es. a trovare ad Amburgo 3-4 datori universali occorrenti; mediante opportuni collegamenti è sempre sicuro di potere in 20-30 minuti averli a disposizione.

In base a qualche caso già trattato colla trasfusione Schottmüller crede di poter affermare la grande utilità del suo metodo terapeutico; la quantità di sangue da iniettare varierebbe da 500-1200 cc. nell'adulto; nei bambini si regoli in modo che la quantità introdotta non superi il 10-20 % del sangue totale dell'infermo. S. MINZ.

La prevenzione della poliomielite.

S. Flexner (*Brit. med. Journ.*, 28 gennaio 1933) riassume brevemente lo stato attuale delle nostre conoscenze sui problemi di immunità presentati dalla poliomielite acuta.

È ormai universalmente riconosciuto che la malattia è data da un'infezione primaria delle vie respiratorie, abbastanza frequente, e, solo in rari casi e in particolari circostanze si ha una localizzazione secondaria nei centri nervosi.

Questo spiega come numerosi siano i portatori dell'infezione, mentre più rari sono i casi di malattia, e come il sangue degli adulti presenti spiccate proprietà antivirus.

Il problema che l'Autore, col Lewis, si è proposto è come si possa artificialmente aumentare questa immunità naturale in persone malate, o particolarmente esposte alla malattia.

Studiando la poliomielite sperimentale delle scimmie, hanno visto che il siero di animali convalescenti poteva inattivare il virus in *vitro*.

Iniettando questo siero direttamente nella teca cranica di animali malati, la forma morbosa veniva troncata o mitigata, se l'iniezione di siero immune veniva fatta nelle 24 ore successive all'infezione, altrimenti rimaneva senza risultato.

Restava a dimostrare se il siero immune umano aveva le stesse proprietà nell'uomo; da molti era negato che avesse alcuna efficacia.

Flexner nel 1931-32 durante due epidemie di poliomielite ha sistematicamente cercato di immunizzare migliaia di bambini con quantità massive (30 cc.) di siero di adulti. Le statistiche, per quanto non si possa ad esse dare valore assoluto, sembrerebbero dimostrare che questa immunizzazione sia realmente stata di qualche efficacia.

È questo però un metodo di lotta che difficilmente potrà essere universalmente applicato: ci sta quindi attualmente cercando un metodo per avere un virus attenuato, tale da poter ottenere senza pericoli una immunità attiva nel bambini, cosa questa che farà compiere un passo gigantesco nella lotta per la prevenzione della poliomielite. M. PONS.

Prognosi e cura del tetano.

Non tutto è stato risolto nè definito nei riguardi della infezione tetanica. E ciò che più importa, è proprio la parte praticamente più utile, quella meno definitiva nel quadro nosografico della malattia.

Etiologia, patogenesi, sintomatologia e varietà cliniche, tutti concetti precisi e descrizioni definitive, classiche ormai.

Ma quanto alla cura, opinioni diverse, rimedi numerosissimi a denotare la poca sicurezza delle nostre nozioni in proposito.

Un notevole contributo alla conoscenza del problema pratico — cura del tetano — ha recato il Bozzi, recentemente (*L'Ospedale Maggiore*, n. 4, 1932) sulla scorta di una larga casistica, trecentoventi ammalati.

Le conclusioni cui giunge l'A., dopo una opportuna messa a punto dell'argomento, sono le seguenti.

Anzitutto, l'infezione tetanica, una volta scatenata, si deve considerare come impossibile a guarirsi in circa la metà dei casi.

Il siero anche opportunamente usato, non risulta offrire molti vantaggi, sebbene debba rimanere a base della cura.

I recenti tentativi, che tendono ad accrescerne la efficacia, sono quindi giustificati: fra questi in prima linea il siero purificato preconizzato da Martin e l'anotossina di Ramon.

Nel campo della profilassi, lusinghieri i risultati ottenuti da Ramon e Zoeller, con una vaccinazione da loro proposta.

Per la prognosi, la durata dell'incubazione resta ancora il criterio migliore.

M. COPPO.

A proposito di un nuovo trattamento dell'herpes zoster.

Camescasse per il primo ha osservato il potere curativo del vaccino antistafilococcico sulla zona. M. Craps (*Le Scalpel*, 14 gennaio 1933) ha esperimentato questo metodo in un gran numero di casi (72 casi).

In principio l'A. ha applicato la posologia utilizzata da Camescasse, cioè il vaccino era iniettato a dose crescente, da un quarto di cc. a due cc. Una più lunga pratica ha dimostrato però all'A. che una dose di 1/2 cc., iniettata a due giorni di intervallo, per via sottocutanea, in vicinanza degli elementi eruttivi o a livello delle ramificazioni nervose interessate, era sufficiente per ottenere i risultati desiderati. Nessun altro trattamento deve essere contemporaneamente eseguito. In genere sono sufficienti tre iniezioni per ottenere la caduta delle croste; la durata massima del trattamento fu di dieci giorni.

L'evoluzione normale della malattia è influenzata molto favorevolmente e la sua durata ridotta in media di metà nei casi che reagiscono molto bene. Il miglioramento subiettivo prodotto dall'azione analgesica del trattamento è precoce e manifesto. Il dolore è calmato o anche soppresso spesso nelle 48 ore che seguono alla prima iniezione. L'efficacia sul dolore è però tanto più evidente quanto più l'eruzione è di data recente. D'altra parte il metodo non ha azione alcuna sulle nevralgie consecutive ad antiche zone guarite spontaneamente.

Quanto al modo d'azione del metodo l'A., basandosi sulle sue osservazioni cliniche, pensa che il vaccino antistafilococcico agisca direttamente sull'agente causale della zona e, in più, modifichi lo stato locale sì che i germi d'infezione banale diventano incapaci di svilupparsi o, almeno, sono ostacolati nel loro sviluppo. C. TOSCANO.

SEMEIOTICA.

L'iniezione di morfina come mezzo diagnostico ausiliare nella diagnosi delle malattie addominali acute.

L'iniezione di morfina (1-2 cc. per via sottocutanea oppure, secondo Hildebrandt, 0,0075 cc. per via endovenosa) produce un rilasciamento completo della parete addominale, lasciando sensibile alla pressione solamente la regione dove ha sede l'organo malato. Così, nei casi di peritonite generalizzata in cui pér le notizie anamnestiche imprecise e per i dati scarsi rilevabili all'E.O., non è possibile una diagnosi precisa del focolaio morboso primitivo, l'iniezione di morfina permette di orientarsi verso un determinato organo e di aggredirlo direttamente, evitando di far diverse incisioni e di praticare stiramenti e manovre dannose nella cavità peritoneale.

Siebner (*Zbl. Chir.*, n. 30, 1932) riporta due casi assai dimostrativi: una peritonite diffusa da appendicite perforata, che era stata confusa clinicamente con una perforazione gastrica, e una rottura traumatica del tenue, che simulava clinicamente una rottura del rene, poterono essere esattamente diagnosticate e opportunamente trattate. G. PACETTO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Allergia e bacillemia.

Secondo E. Löwenstein (*Wien. Klin. Woch.*, n. 39, 1932) una reazione positiva alla tubercolina sarebbe sempre legata alla persistenza di tessuto tubercolare nell'organismo. Le reazioni locali intense provocate sia nell'animale che nell'uomo da reinfezioni tubercolari, sono in rapporto con uno stato di allergia verso tossine batteriche. Tutti i batteri che elaborano tossine provocano uno stato di allergia; questi batteri non penetrano nel sangue e non determinano setticemia, perchè l'organismo se ne difende appunto con le reazioni locali reattive. Invece quei batteri che non sono sicuramente tossigeni, provocano facilmente la setticemia mentre mancano le reazioni locali. Il bacillo tubercolare provoca uno stato di allergia per mezzo delle sue tossine: questa allergia si oppone alla ulteriore invasione dello organismo e specialmente alla generalizzazione dell'infezione. In questi casi può anche esistere una bacillemia, i germi si comportano però allora più come saprofiti che come patogeni; la allergia verso la tubercolina è allora sempre molto accentuata. A queste sindromi l'autore attribuisce, oltre alla tubercolosi dell'adulto, anche la poliartrite acuta e l'asma bronchiale dell'adulto. Se invece l'organismo nel cui sangue circolano i bacilli di Koch non si trova in stato di allergia, i bacilli si mostrano fortemente patogeni: si tratta allora di setticemia tubercolare. La malattia più tipica di questo gruppo è la tubercolosi miliare: lo autore vi comprende anche la demenza precoce, la corea e la poliartrite infantile.

POLLITZER.

Circa i rapporti fra allergia tubercolinica e immunità nella tubercolosi.

L'allergia è una reazione, non confondibile con l'anafilassi, rivelatrice di uno stato d'infezione. Persiste, una volta instauratasi, fino a quando dura la simbiosi bacillo-cellulare che l'ha determinata, e solo transitoriamente può essere mascherata per molteplici cause (altra allergia (rosolia, pertosse, grippe) intossicazioni varie, irradiazioni ultraviolette sulla pelle, ecc.), ma tosto ricompare non appena cessa l'influenza di questi fattori. Essa è esclusivamente un segno avvertitore d'infezione bacillare in senso generico, senza alcun rapporto con la benignità o gravità della infezione, nè con l'estensione delle lesioni.

Allergia è solo reazione d'infezione, e non d'immunità; nessun rapporto esiste fra essa e stato immunitario. Secondo A. Calmette (*Annales Ist. Pasteur*, 1932, settembre, n. 3) in un solo caso la sua presenza può esser considerata come segno indiretto di immunità, e questo quando reazione allergica compaia nel neonato che, vaccinato con BCG, sia stato sempre rigorosamente al riparo da ogni possibilità di contagio. In tal caso la sua presenza è indice certo che i bacilli del vaccino, privi di ogni virulenza, si sono sicuramente moltiplicati negli organi linfatici del bambino, che hanno creato dei tubercoli elementari, determinando così quello stato di premunizione che renderà inoffensive le successive infezioni da germi virulenti. DE ANTONI.

Contributo allo studio dei rapporti tra infiammazioni allergiche ed infezione tubercolare.

Klopstock, Pagel e Guggenheim (*Klin. Wochenschr.*, N. 44, 1932) rilevano che i tessuti dell'organismo reagiscono alla reinfezione da bacilli di Koch in un modo del tutto diverso da quello in cui avevano reagito alla prima infezione. Le differenze consistono principalmente nella tumultuosa reazione locale al punto d'ingresso della reinfezione, e nella notevole immunità che oppone l'organismo al germe reinfettante. Questa immunità dell'organismo è indipendente oppure è in rapporto con la tumultuosa reazione locale? I pareri in proposito sono ancora discordi, gli autori cercano di risolvere la questione con ricerche sperimentali: essi studiano se reazioni locali aspecifiche, simili per aspetto e decorso a quelle determinate da una reinfezione tubercolare, modifichino in modo evidente il decorso dell'infezione tubercolare primitiva, inoculata nel focolaio della reazione. Essi sono riusciti a provocare reazioni del genere desiderato, iniettando dell'atossile diazotato (0,1 cc. soluzione 1 per cento) a cavie preventivamente sensibilizzate con iniezioni della stessa sostanza. I bacilli tubercolari vennero iniettati in dosi piccole (due milionesimi di mg.) e in dosi grandi (2/100 mg.); in alcuni animali mescolati con l'atossile, in altri, successivamente, in pieno focolaio reattivo. L'infezione tubercolare non venne in nessun caso modificata nel suo decorso dalla contemporanea reazione locale anafilattica: il decorso era identico a quello che si otteneva nelle cavie controllo, non sensibilizzate e iniettate con bacilli tubercolari soli, o commisti con la soluzione di atossile. Reazioni locali anafilattiche dello stesso genere di quella provocata dalla reinfezione tubercolare, non riescono quindi affatto a modificare il potere patogeno del bacillo di Koch iniettato nei tessuti sede della reazione. POLLITZER.

Allergia tubercolare e immunità contro la tubercolosi.

I. Heimbeck (*Presse Medicale*, 6 aprile 1932) dalle esperienze di vaccinazioni fatte fin dal

gennaio 1927, sulle infermiere dell'Ospedale di Oslo, ha potuto giungere alle seguenti conclusioni: Sembra il vaccino BCG possa conferire una difesa contro la tubercolosi quando provochi la reazione di Pirquet. Se la reazione di Pirquet, e cioè l'allergia, non è provocata dal BCG, non si può parlare di vaccinazione effettiva, nè d'immunizzazione contro l'infezione tubercolare. La vaccinazione BCG contro la tubercolosi consiste perciò nel vaccinare ed eventualmente ripetere la vaccinazione fino a provocare l'allergia. NERVI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Guarigione della sifilide. — Al dott. L. C. da T.:

La sifilide può guarire: ciascuno di noi conosce casi di luetici con discendenza sana, arrivati alla più tarda età in condizioni fisiche e mentali più che soddisfacenti. Così pure i casi di reinfezione sicuramente accertati e di cui si conoscevano esempi anche prima degli arsenobenzoli e del bismuto, sono una prova indubbia della guaribilità di questa malattia.

Il giudizio di guarigione peraltro non può farsi in base a criteri unilaterali, ma solo quando concorrano elementi diversi di cui nessuno, preso isolatamente, ha valore assoluto (data della infezione, la quale non deve mai considerarsi guarita prima di 4 o 5 anni almeno; intensità e durata delle cure fatte; assenza di ogni manifestazione da almeno due anni; siero-diagnosi ripetutamente negativa anche dopo riattivazione, praticata a molta distanza dall'ultimo ciclo di cura; eventualmente esame negativo del *liquor;* esame clinico negativo dei visceri [aorta] e del sistema nervoso).

Il concorso di tutti questi elementi ci autorizza a parlare di guarigione clinica, il che praticamente si traduce nel permettere al malato di sposarsi e di procreare: anche in questi casi però la prudenza consiglierebbe di non perdere di vista il soggetto il quale farà bene a non dimenticare mai la sofferta infezione e, pure nello stato del più completo benessere, ad attenersi a certe norme igieniche generali (modico uso del vino e del tabacco, astensione dai liquori, da eccessi e strapazzi di ogni genere).

In conclusione non è un paradosso l'affermare che sia più facile guarire della sifilide che non avere la certezza assoluta della sua guarigione. V. MONTESANO.

Trattamento dell'alopecia areata. — All'abb. n. 10503-3:

Le incertezze che regnano sulla origine dell'area Celsi, di cui è ora unanimemente esclusa la natura parassitaria, non consentono di fissare norme terapeutiche costanti contro gli agenti della dermatosi che rimangono ancora oscuri (endocrinopatie, lues, alterazioni del metabolismo basale).

Recentemente (Meineri) si è insistito sulla possibilità che l'area Celsi rappresenti talvolta una endocrinide sifilitica (lesioni cutanee determinatesi attraverso lesioni sifilitiche di qualche glandola endocrina) ed è stato descritto qualche caso associato a sindromi endocrine (distrofia adiposo-genitale) nel quale la cura specifica giovò per l'una e l'altra forma. Questi fatti devono indurci ad un esame metodico e minuzioso dei malati, caso per caso, nell'intento di scoprire qualche dato che ci metta sulla strada per una diagnosi etiologica e per la cura relativa.

Localmente rendono buoni servigi, salvo naturalmente le forme universali, quelle così dette maligne ecc., la pomata cadica dei francesi (olio di Cade, vaselina, lanolina: aña), le frizioni con preparati liquidi a base di sostanze irritanti, p. es.:

Tintura di capsico gr. 20.
Tintura di veratro } aña gr. 5.
Glicerina neutra }
Acido salicilico gr. 1-3.
Alcool a 90° gr. 70.

Nei casi più ribelli si può ricorrere ai raggi ultravioletti (lampada di Kromayer). Va da sè che l'area Celsi propriamente detta (« pelade » dei francesi) non dev'essere confusa con le forme peladoidi (pseudo-area tricofitica, pseudo-area di Brocq con esito in atrofia dei tratti di cute colpiti, ecc.). V. MONTESANO.

Al dott. S. Leone, da Carloforte:

Consulti: I. Krehl. *Fisiologia patologica.* F. Vallardi, Milano. G. Issoglio: *Chimica degli alimenti.* Unione tip.-ed., Torino. Ed anche: il II volume della *Thérapeutique médicale. Aliments, médicaments*, edito da Masson, Parigi.
fil.

VARIA.

Segreto e discrezione.

Osserva il *Siècle Médical* (15 novembre 1932), che la legge punisce la violazione del segreto professionale, salvo il caso in cui la legge stessa non la ordini. Ma al di là dei testi legali, vi sono sempre delle leggi non codificate; ad esempio, vi è una forma di segreto che non si può codificare: più propriamente, è la *discrezione* professionale.

Che un giovine studente, desideroso di brillare, esponga degli aforismi sulle responsabilità dei mariti in certe affezioni delle mogli, o divaghi sui sospetti di aborto clandestino, è ammissibile. Ma il medico sperimentato sa quali drammi può cagionare qualche facile rivelazione e sa controllarsi nel parlare, sa astenersi da rilievi troppo precisi. Non bisognerebbe dimenticare queste regole.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

L'ATTIVITÀ IGIENICO-SANITARIA.

Le opere igieniche al Senato del Regno.

Discutendosi il bilancio dei Lavori Pubblici, il Ministro on. Di Crollalanza ha rilevato che dovunque l'attività del Regime ha portato un miglioramento alla vita civile delle popolazioni con la costruzione di acquedotti i quali ormai assicurano l'alimentazione idrica di 10 milioni di italiani.

Per l'acquedotto pugliese nessun altro Governo aveva fatto quello che ha fatto il Governo fascista; si tratta di un'opera che ormai volge al suo termine.

Le maggiori cure sono state date dal Governo alla costruzione di altri acquedotti e si è fatto moltissimo in tutte le regioni.

Non è però ancora tutto, perchè i bisogni crescono con la elevazione della vita sociale. La materia degli acquedotti troverà una maggior disciplina con l'avvenuto concentramento nel Ministero dei Lavori Pubblici di tutte le attività per la loro costruzione.

Pur nelle attuali difficoltà sono stati concessi notevoli contributi agli Istituti per le Case Popolari. Però, anche in questa materia bisogna raggiungere una maggior disciplina. A tal fine ha ordinato una riunione, presso il Ministero, dei dirigenti dei vari Istituti delle Case Popolari, per assicurare un ordinamento tecnico ed amministrativo fra i vari Enti.

Questi sono gli aspetti più salienti dell'opera che viene svolgendo il Ministero dei LL. PP. nel campo dell'igiene. La situazione non è facile perchè, mentre bisogna contenere le spese, non si possono trascurare esigenze sociali e tecniche di somma importanza.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Daremo nel prossimo numero un riassunto della discussione, tenutasi al Senato del Regno, sul bilancio dell'E. N., per quanto riguarda l'insegnamento superiore.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

APOLLOSA (*Benevento*). — Scad. 23 mag.; L. 8000 da ridurre del 12 %; 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

AREZZO. *Comune*. — Scad. 22 giugno, ore 18; 4ª condotta di campagna; L. 8000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 3600 cavalc., c.-v.; riduz. 12 %; voti esami speciali e di laurea; età lim. 45 a.; doc. a 6 mesi dal 22 mar.

ASCOLI PICENO. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 25 apr.; direttore e coadiutore della Sez. med.-microgr. del Laborat. prov. d'igiene e profilassi; stipendi L. 13.500 e L. 10.500; età lim. 45 e 35 a.; per i due posti serv. att. L. 1000, 5 quadrienni dec., c.-v.; titoli ed esami.

BORGOSATOLO (*Brescia*). — Scad. 15 giu.; 2° reparto; L. 10.000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 500 trasp., L. 500 ambulat., c.-v.

BRONI (*Pavia*). — Posto di medico chirurgo per la seconda condotta. Stipendio annuo L. 10.000; cinque aumenti quadriennali del decimo. L. 300 per ambulatorio, caro-viveri, se dovuto, il tutto soggetto alle riduzioni di legge e del 12 %. Scadenza 30 aprile 1933. Documenti di rito. Chiedere schiarimenti all'Ufficio Comunale.

BUSCATE (*Milano*). — Scad. 31 mag.; L. 10.500 ridotte 12 %, 5 quadrienni dec., se uff. san. L. 400 e addizion. L. 150 per ogni 1000 abit. oltre il primo migliaio; età lim. 35 a.

CADELBOSCO DI SOPRA (*Reggio Em.*). — Scad. 10 giu.; 2ª cond.; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 serv. att., c.-v., L. 3000 cavallo od automobile, L. 500 arm. farm.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

CARPI (*Modena*). — Scad. 30 apr., 5ª condotta rurale, L. 9000 e 10 bienni ventesimo, oltre assegno supplementare L. 930, ambulat. L. 600, trasp. L. 2500.

CASTANA (*Pavia*). — Scad. 30 apr.; L. 13.000 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

CRESCENTINO (*Vercelli*). — Posto di Ufficiale Sanitario, per il Consorzio Crescentino-Lamporo-Fontanetto Po-Palazzolo Vercellese (abit. 11.176). Stipendio L. 7000; indennità L. 4000; al netto del 12 %. Dieci aumenti biennali. È consentito il libero esercizio professionale nel solo comune di Crescentino (abit. 5704). Termine per la presentazione delle domande alla R. Prefettura di Vercelli, 15 maggio 1933.

ESINO LARIO (*Como*). — Condotta comodissima, adatta per persona anziana. Stipendio L. 10.000. Documenti di rito. Scadenza 20 aprile 1933.

FARRA DI SOLIGO (*Treviso*). — Scad. 29 mag.; L. 8500 e indennità; riduz. 12 %.

FAUGLIA (*Pisa*). — Scad. 25 mag.; 1ª cond.; lire 9000 e 3 quadrienni dec., oltre c.-v.; L. 3500 per automobile (obbligatoria); età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

FOGGIA. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli ed esami, per i seguenti posti vacanti presso la Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio provinciale di igiene e profilassi: *a*) posto di coadiutore: stipendio annuo di L. 14.000, oltre indennità di servizio attivo in L. 1400; *b*) posto di assistente: stipendio annuo di L. 12.000, oltre l'indennità di servizio attivo in L. 1200. Il tutto al lordo della riduzione del 12 % di cui al R. D. L. 20 novembre, n. 1491 e con diritto a quattro quadrienni. Scadenza ore dodici del 15 giugno 1933. Richiedere il bando di concorso alla Segreteria dell'Amministrazione provinciale.

GENOVA-SAMPIERDARENA. *Ospedali Civili*. — Scad. 30 apr.; aiuto neurologo; L. 5000 ridotte 12 %; 3 anni di laurea; tassa L. 50. Chiedere condizioni alla Segreteria (Corso Roma).

GUARDAMIGLIO (*Milano*). — Popolazione 2561 abitanti, di cui 953 nel Capoluogo. Stipendio lire 10.500. Indennità Ufficiale Sanitario L. 625; L. 1000 per indennità affitto ambulatorio; L. 900 per mezzo di trasporto: è in corso delibera che eleva questa indennità a L. 3500, che saranno corrisposte se approvate. Tali assegni sono soggetti alle ritenute di legge. Il concorso si chiude col dì 15 maggio 1933. Presentare i consueti documenti con vaglia di L. 50,10.

LIONI (*Avellino*). — Scad. 22 giu., ore 12; L. 6000 e 4 quadrienni dec.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 22 mar.; età lim. 35 a.; serv. entro 15 gg.

LIVORNO. *Ufficio Municip. d'Igiene*. — Scad. 10 mag.; direttore; L. 18.300 e 3 quadrienni fino a L. 21.000 oltre L. 2700 indenn. servizio; riduz. 12 %; divieto libera professione.

MACERATA. *Consorzio Provinc. Antitubercolare*. — Scad. 2 mag.; aiuto medico nell'Istituto tuberc. di Villa Montalbano; L. 6000 e 4 quadrienni di L. 1100, oltre L. 450 serv. att.; ritenute di legge; vitto e alloggio o indenn. di L. 4000; tassa L. 50,10.

MALLES VENOSTA (*Bolzano*). — Scad. 30 apr.; L. 7.500 e addizionale L. 6 oltre il 20 % della popolazione; 5 quadrienni dec.; c.-v.; L. 750 uff. san.; L. 1800-3000 trasp.; riduz. 12 %; alloggio gratuito compreso locale per ambulatorio.

MANOPPELLO (*Chieti*). — Scad. 15 giu.; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000-2500-3000 trasp.; tassa L. 50.

MELETI (*Milano*). — Scad. 3 mag.; consorzio con Maccastorno; L. 11.500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3500 indenn. vettura, L. 700 uff. san.; decurtaz. 12 %; età lim. 35 a.

MODENA. *Consorzio Provinc. Antitubercolare*. — Scad. 15 maggio; vice-direttore e aiuto del dispensario di Modena, L. 7000; medico dirigente del dispensario di Castelfranco Emilia, L. 5000; medici dirigenti i dispensari di Finale Emilia, Mirandola, Sassuolo e Formigine, L. 3000 ciascuno; indennità varie. Chied. annunzio.

MONTEBELLUNA. *Ospedale Civile « Carretta »*. — Scad. 20 mag.; primario chirurgo; L. 10.000 non aumentabili, senza c.-v.; età lim. 40 a.; 5 anni di servizio pratico in ospedale o clinica universitaria. Chied. condizioni.

MORICONE (*Roma*). — Scad. 15 giu.; L. 8976 agli ammogliati e L. 9659 ai celibi, 5 quadrienni dec., L. 352 uff. san.; età lim. 45 a. Chiedere annunzio.

NAPOLI. *Ospedali Riuniti*. — Scad. 6 maggio, ore 14; ventuno posti di assistenti e quattordici di assistenti medici generici; bando visibile presso la Segreteria.

ORSERA (*Pola*). — Scad. 20 apr.; L. 9000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 900 indenn. malaria, L. 800 uff. san., L. 4000 automobile; riduz. 12 %; età lim. 25-40 a.; tassa L. 50.

PANIGALE (*Perugia*). — Scad. 30 giu., ore 18; 1ª cond.; L. 7000 e 3 sessenni dec., oltre L. 600 serv. att., L. 500-2000-4000 trasp., c.-v., L. 500 se uff. san.; riduz. 12 %; direz. Civico Ospedale; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 15 mar.

PEGOGNAGA (*Mantova*). — Scad. 20 mag.; lire 7040 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1019,15 c.-v., L. 2200 trasp., L. 440 ambulat.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

PERUGIA. *Amministrazione Provinciale*. — Posto di direttore della sezione medico-micrografica del laboratorio provinciale di igiene e profilassi. In base alle norme e condizioni stabilite con avviso del 31 gennaio 1932-X, sono riaperti i termini per il concorso al posto su indicato, indetto con il summenzionato avviso e prorogato a tempo indeterminato con altro successivo del 31 luglio 1932-X. Gli interessati potranno chiedere alla Segreteria della Provincia copia del premenzionato avviso 31 gennaio 1932-X.

PORRETTA TERME (*Bologna*). *Ospedale Costa*. — A tutto 10 maggio, direttore; titoli; doc. a 3 mesi dal 22 mar.; L. 12.000 e partecipaz. 50-60-85 %; tassa L. 50,10.

REALMONTE (*Agrigento*). — Per titoli ed esami. Posto di Ufficiale Sanitario. Età massima anni 45. Stipendio annuo lordo L. 6000; ritenute di legge e riduzione 12 %. Scadenza 15 maggio 1933. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria comunale.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni (Ferrovie dello Stato)*. — Concorso per titoli ai seguenti posti di Medico di riparto: Alassio, Vado Ligure (Genova); Lecco I, Seregno (Milano); Serravezza (Pisa); Isernia II, Velletri I (Roma); Montalto Rose (Taranto); Sobborgo Cristo, Sommariva del Bosco (Torino). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 1° maggio.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti*. — Scad. 15 mag.; tre aiuti addetti ai Gabinetti patologici e due agli Istituti Radiologici ed Elettroterapici. Rivolgersi Segreteria Generale.

RONSECCO (*Vercelli*). — Per titoli, posto di Medico-Condotto Ufficiale Sanitario. Stipendio lordo L. 8500, caro-viveri, indennità bicicletta; il tutto da ridursi del 12 %. Popolazione 1924. Poveri 174. Termine utile presentazione documenti ore 12 del giorno 30 aprile 1933.

S. ANATOLIA DI NARCO (*Perugia*). — Scad. 31 mag.; 2ª condotta consorziale; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 600 serv. att., indenn. cavalcat. sino a L. 4000, c.-v.; età lim. 35 a.

S. ARCANGELO DI ROMAGNA (*Forlì*). *Ospedale Civile*. — Al 20 apr., ore 20; medico assistente di chirurgia; L. 2000 annue e partecipaz.; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 20 mar.; servizio entro 15 gg.

S. BARTOLOMEO IN CALDO (*Benevento*). — Scad. 20 giu.; L. 6000 e 5 quadrienni dec., ritenute di legge; età lim. 35 a.

S. GIORGIO LA BOLARA (*Benevento*). — Scad. 16 giu.; L. 6000 e 5 quadrienni dec.; se uff. san. L. 500; ritenute di legge; età lim. 40 a.

S. MARGHERITA LIGURE (*Genova*). — Scad. 15 mag.; L. 7200; addizionale L. 500 oltre i 1000 pov.; trasp. L. 300-600-1400-3000; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

S. NICOLA BARROCCIA (*Avellino*). — Scad. 30 apr.; L. 6000 e 5 quadrienni dec.; assegno temporaneo uff. san.; età lim. 45 a.

SANTHIÀ (*Vercelli*). — Per titoli ed esami. Posto di Ufficiale Sanitario per il Consorzio Santhià-Tronzano V.-Carisio. Abitanti 12.298, Stipendio L. 16.000 Indennità L. 3.500, al netto del 12 %. Dieci aumenti biennali. È inibito il libero esercizio professionale. Termine per presentazione domande alla Prefettura di Vercelli: 15 maggio 1933.

TORCHIARA (*Salerno*). — Scad. 31 mag.; L. 7000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 3000 cavalc.

VENEZIA. *Ospedali Civili*. — Medico direttore; proroga a ore 17,30 dell'8 aprile.

VERCELLI. *R. Prefettura*. — Posti di Ufficiali Sanitari per il Consorzio di Crescentino e per il Consorzio di Santhià. Vedi rispettivi avvisi in questa rubrica.

VIGEVANO (*Pavia*). *Ospedale degli Infermi*. — Stipendio L. 8000. Indennità di servizio attivo L. 2000. Caro-viveri, se dovuto. Documenti di rito.

Vaglia di L. 50,10. Scadenza 30 maggio 1933. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria dell'Ospedale.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Premi Pagliani.

È aperto il IV concorso ai premi della Fondazione « Luigi Pagliani », istituita presso la R. Università di Torino, coi fondi raccolti mediante sottoscrizione promossa da apposito Comitato per le onoranze al prof. Luigi Pagliani, in occasione del suo cinquantennio di laurea, ed eretta in Ente morale con R. Decreto 21 ottobre 1922, numero 2350, per l'aggiudicazione di un premio di L. 5000 lorde e di altri minori, coi redditi disponibili, e di medaglie di benemerenza ad appartenenti al personale tecnico dei servizi pubblici igienico-sanitari dello Stato, delle Provincie e dei Comuni, o degli Istituti di igiene universitari, che si siano distinti per studi, pubblicazioni, progetti ed esecuzioni di opere, o fondazioni di istituzioni, le quali abbiano efficacemente contribuito, o possano efficacemente contribuire al risanamento degli ambienti, od alla loro preservazione da malattie infettive e diffusive.

Gli aspiranti devono presentare, alla Segreteria dell'Università di Torino, le domande in carta bollata da L. 3, dirette al Rettore, insieme con i documenti comprovanti i loro titoli, legalizzati dalle autorità competenti, entro il 30 aprile del corrente anno. A norma dell'art. 3 dello Statuto della Fondazione potranno pure essere fatte, entro detto termine, proposte di assegnazione di premi da parte di Enti pubblici a favore del personale addetto ai loro servizi igienico-sanitari. Anche la Commissione esaminatrice potrà, di sua iniziativa, con una maggioranza di quattro voti su cinque, prendere in considerazione premiandi non concorrenti o non proposti.

Premio Darling.

Il Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni ha istituito una « Fondazione Darling », destinata ad assegnare una medaglia e 1000 franchi svizzeri agli autori di studi originali sulla malaria. I membri del Comitato d'Igiene e della Commissione malariologica della S. d. N. e le Direzioni generali di Sanità pubblica possono designare le persone che giudichino più meritevoli del premio.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Sono nominati i proff.: Alfredo Coppola, di clinica delle malattie mentali e nervose a Messina; De Lisi Lionello, di clinica neuropatica e psichiatrica a Cagliari; Mario Olivo Oliviero, di istologia ed embriologia generale a Bologna.

Il prof. Egidio Meneghetti, ordinario di farmacologia a Palermo, è stato chiamato a Padova.

Il prof. Carlo Vercesi, ordinario di clinica ostetrica e ginecologica a Sassari, è stato chiamato a Palermo.

Il dott. Adolfo Avecedo è nominato presidente dell'Associazione Odontologica Argentina.

Il dott. Francisco Belgeri è nominato presidente della Società Argentina di Oftalmologia.

NOTIZIE DIVERSE.

Onoranze al Prof. Roberto Alessandri.

Il 12 aprile, alle 10 a. m., nell'Aula delle lezioni della R. Clinica Chirurgica al Policlinico verrà festeggiato il XXX anno di insegnamento del prof. R. Alessandri.

Nella fausta ricorrenza solenni onoranze verranno tributate al Maestro. Il Comitato ordinatore è composto dei proff. Dominici, Chiasserini e Ascoli.

È stata coniata una medaglia commemorativa, di cui il primo esemplare verrà presentato al prof. Alessandri insieme con la prima copia del Trattato di Chirurgia da lui diretto e a lui dedicato dai suoi allievi e al numero unico del « Policlinico » Sezione Chirurgica, contenente scritti in suo onore. La sera verrà tenuto un banchetto al Grand Hôtel.

Il prof. Alessandri salì giovanissimo nel 1902 alla cattedra di Patologia speciale chirurgica dell'Università di Roma, tenne questo posto fino al 1919 quando fu chiamato dalla Facoltà a succedere al prof. Durante nell'insegnamento della Clinica chirurgica. La vasta esperienza clinica da lui accumulata durante la sua lunga carriera di primario degli Ospedali di Roma, unita con una profonda cultura e la perfetta conoscenza delle più moderne questioni della chirurgia clinica e sperimentale, hanno fatto di lui un clinico sommo. Il suo insegnamento, che rivela il suo pensiero sempre logicamente aderente alla realtà dei fatti, ha seguito la direttiva costante di educare i giovani al ragionamento solidamente basato sui dati positivi clinici, anatomici e semeiotici.

La deferenza, il rispetto e l'affetto da cui da ogni parte è circondato, testimoniano della sua vita spesa per il sapere e per l'umanità.

« Il Policlinico » che si gloria di avere il prof. Alessandri direttore della Sezione Chirurgica, formula per il Maestro i voti e gli augurî più fervidi.

3ª Campagna antitubercolare.

Le manifestazioni nazionali antitubercolari dell'anno XI hanno avuto la loro solenne inaugurazione il 28 marzo, al Reale Teatro dell'Opera, con l'intervento di S. M. la Regina. Il Teatro era straordinariamente gremito; si notava una massa imponente di autorità e di personalità.

L'on. Paolucci, presidente della Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi (la quale ha promosso e organizzato la campagna), dopo aver ringraziato la Sovrana, documentò lo sviluppo della lotta antitubercolare in Italia, sotto l'impulso del Regime e del suo Duce e sotto l'egida della Sanità. Fece valere la necessità di intensificare questa grandiosa azione, per strappare alla tubercolosi le sue 50.000 vittime attuali.

Il sen. Marciano tenne poi un elevato discorso, in cui, dopo avere rivolto un saluto al Paolucci, ha tratteggiato la figura del malato ed ha ricordato come la malattia non risparmi nessuna classe e colpisca anche gli eletti dell'umanità. Ha poi illustrato tre dettami fondamentali della odierna tisiologia: la tisi non si trasmette ereditariamente; l'infezione non significa malattia; la malattia non significa condanna. Ha posto in evidenza i contributi degli studiosi italiani, in particolare di Forlanini e di Maragliano, ed ha prospettato le molteplici risorse prestabilite dal Go-

verno fascista, cui è necessario dare, da parte di tutti, un concorso, materiale e sovratutto spirituale.

Seguì un programma musicale, sotto la direzione del maestro Marinuzzi; ne faceva parte l'esecuzione strumentale e corale dell'« Inno della doppia croce », su parole di Zucca e musica di Zandonai.

Il Capo del Governo ha ricevuto a Palazzo Venezia il Consiglio Direttivo della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi, le rappresentanze delle Sezioni, i Presidenti e i Direttori dei Consorzi Provinciali Antitubercolari. Alla riunione erano presenti circa duecento dirigenti delle organizzazioni della Federazione, fra i quali molte illustri personalità nel campo della scienza medica in Italia.

Dopo un discorso dell'on. Paolucci, il Duce ha risposto compiacendosi per l'opera eseguita e impartendo direttive per l'azione da svolgere nell'Anno XI.

Le parole del Capo del Governo hanno dato luogo ad imponenti ovazioni.

Per la propaganda antitubercolare sono state allestite, a cura della Federazione, cinque cinematografie, suggestive e pittoriche, efficaci e dimostrative (dai titoli: « Campane a storno », « TBC. », « Antium », « Decalogo antitubercolare: cartoni animati », « Doppia Croce »). Esse verranno largamente proiettate.

Corso internazionale di cultura medica.

La Fondazione Tomarkin terrà il 5° Corso internazionale di alta cultura medica a St. Moritz, dal 13 al 27 agosto. Saranno prese particolarmente in considerazione: le malattie allergiche (asma, pollinosi, allergia alimentare); le malattie del sangue (specialmente la leucemia); la climatologia, la fisio- e l'idroterapia; i reumatismi e le artriti; le malattie del ricambio; inoltre si terranno conferenze libere varie. I docenti sono una cinquantina, di tutte le parti d'Europa; per l'Italia: I. Nasso, U. Carpi, D. Cesa-Bianchi, A. Ferrata, F. Micheli, F. Livini, E. Bertarelli, C. Foà. Tassa d'iscrizione: franchi svizzeri 60. Per il programma dettagliato del corso e le riduzioni ferroviarie, le escursioni, le visite, i trattenimenti, le condizioni di soggiorno, rivolgersi alla « Fondazione Tomarkin », Segreteria, Casella Postale 128, Locarno, Svizzera.

Corso complementare d'igiene pratica.

Si terrà presso la R. Università di Parma, a partire dal 1° maggio, per la durata di un bimestre; tassa L. 350 per l'iscrizione e la frequenza, L. 50 per contributo di laboratorio; modalità consuete.

Corso di fisiopatologia della crescenza.

Il 1° maggio avrà inizio nell'Istituto Biotipologico Ortogenetico della R. Università di Genova, sotto la direzione del prof. Nicola Pende, un corso di « Fisiopatologia della crescenza e di ortogenesi somatica e psichica » per educatori, medici scolastici e medici dell'Opera Nazionale Balilla. Le lezioni saranno tenute dal prof. Mario Barbàra per la fisiopatologia della crescenza somatica, e dal prof. G. Vidoni per la fisiopatologia della crescenza psichica. Il corso avrà la durata di un mese.

Coloro che desiderano frequentarlo sono invitati ad indirizzare le domande alla Direzione della Clinica Medica della R. Università, viale Benedetto XV, Genova.

Alla fine del corso sarà rilasciato un attestato di frequenza.

Centro universitario mediterraneo.

È stato fondato a Nizza, dall'Università di Aix-Marseille, sotto il nome di Centro Universitario Mediterraneo, un Istituto che dal punto di vista scientifico dipenderà da quattro Università.

Scopo del Centro Universitario Mediterraneo è di coordinare e sviluppare i diversi corsi e le conferenze d'insegnamento superiore per gli stranieri che si tengono a Nizza, e che in avvenire saranno indirizzati più specialmente verso le questioni di indole internazionale e mediterranea. Per le conferenze si ricorrerà al personale dell'Università di Aix-Marseille o ad altre personalità altamente qualificate.

Congresso tedesco di medicina interna.

La Società tedesca di medicina interna si adunerà a Wiesbaden dal 18 al 21 aprile. L'orazione inaugurale sarà tenuta da L. Lichtwitz, di Berlino. Relazioni: Patologia degli eritrociti e dell'emoglobina (H. Fischer, di Monaco; H. Kämmerer, di Monaco; R. Seyderhem, di Francoforte sul Meno); « Il problema dei surreni » (E. Laqueur, di Amsterdam); « I metalli pesanti nei processi fisiologici e patologici » (W. Heubner, di Berlino; X. Zangger, di Zurigo; P. Martini, di Bonn; H. Embden, di Amburgo).

Giornate ortopediche di Parigi.

Sono annunziate per i giorni 17 e 18 luglio; gli antimeriggi saranno destinati a sedute operatorie; i pomeriggi a presentazioni di malati. Sono organizzate dalla « Société française d'orthopedie », di cui è presidente il prof. Mathieu, segretario generale il prof. Rocher. La seduta inaugurale avrà luogo all'ospedale Cochin (ore 9).

Nella stampa sanitaria.

È cominciata la pubblicazione de « Gl'Incurabili » (continuazione degli « Annali Clinici dell'Ospedale degl'Incurabili »), periodico di medicina, chirurgia, specialità, igiene e vita ospedaliera, in grande formato. Vi collaborano i sanitari degli Ospedali Riuniti di Napoli; direttore ne è il prof. Raffaele Cimmino; redattore-capo il prof. Guglielmo Scala. Il primo fascicolo, doppio (gennaio-febbraio), contiene 10 contributi originali (di cui due storici), recensioni, notizie varie; è copiosamente illustrato. L'abbonamento importa L. 40 per l'Italia, L. 60 per l'estero; un fascicolo separato L. 5. Un cordiale benvenuto.

* * *

Nel periodico « *Nosokomeion* » è stata ora accolta la lingua italiana, in aggiunta alla francese, alla inglese ed alla tedesca; con ciò la redazione (ne riportiamo le parole) « rende omaggio al glorioso passato dell'Ospedale italiano ed al presente splendido risveglio del Paese che noi tutti amiamo e nel quale anche nel campo scientifico-medico annoveriamo tanti illustri valori ». Com'è noto, *Nosokomeion* è la più importante rivista destinata alla tecnica ospedaliera; è édita da W. Kohlhammer di Stoccarda.

* * *

È uscito il primo numero del « Journal belge de gastro-entérologie », pubblicato dai dottori Georges Brohée, Léon Daumerie e Joseph Massion; accoglierà lavori d'internisti, chirurgi, radiologi, anatomo-patologi, biochimici, nel campo della specialità, ed i resoconti della Società belga di gastro-enterologia; se ne pubblicheranno 10 numeri l'anno. L'abbonamento importa 60 franchi belgi per l'interno, 75 per l'Unione Postale.

Il cinematografo a servizio dell'insegnamento medico.

Nell'Ospedale americano di Parigi ha avuto luogo una proiezione di cinematografie didattiche, fatta dal dott. J. M. Le Mée, laringologo dell'ospedale e membro della Commissione consultiva del cinema al Ministero francese dell'Educazione Nazionale. Le pellicole proiettate riguardavano i seguenti soggetti: la broncoscopia, l'appendicectomia, l'operazione per cancro del seno (cinematografia sonora); fu anche proiettata una pellicola retrospettiva di Doyen (1898).

Sciopero di studenti medici in Romania.

Nelle università della Romania hanno avuto luogo degli scioperi di studenti in medicina e in diritto.

Essi sono stati determinati dalle tasse e dagli esami. Per ciò che riguarda gli esami degli studenti di medicina, in nessun'altra Nazione questi se ne devono sostenere un così esuberante numero: oltre una cinquantina. Quel ch'è peggio: si tratta di esami su conoscenze teoriche, che distraggono dall'acquistare le conoscenze pratiche necessarie per l'esercizio professionale: il sistema è degno della Cina.

Quasi tutte le richieste degli studenti sono state accolte; in particolare si sono soppressi gli esami di 1°, 2°, 3° e 4° dottorato e resta un esame unico di dottorato, che può sostenersi soltanto dopo aver ultimato i sei anni di studio; esso comprende 4 materie: clinica medica, clinica chirurgica, anatomia patologica e medicina operatoria.

Divieto di registrazione di medicinali.

Il Ministero dell'Interno ha stabilito di negare la registrazione a tutti i preparati medicamentosi che vanno sotto il nome di « olio di ricino in polvere » (in cui l'olio di ricino si è riconosciuto assente, o presente solo in tracce, saponificato e divenuto inattivo). Al riguardo il Ministero ha disposto che entro la fine del mese di maggio la vendita di questi prodotti dovrà cessare.

Nuove tassazioni sulle specialità farmaceutiche in Germania.

Su proposta del Consiglio Federale Germanico, presieduto dal Ministro dell'Interno, è stabilita su nuove basi la tassazione delle specialità farmaceutiche per il 1933, allo scopo di contemperare meglio gl'interessi dell'industria farmaceutica e le esigenze del fisco.

Per le specialità il cui prezzo di vendita non eccede un marco-oro, è fissato un aumento del 64 al 70 % delle tasse, rispetto al 1932; per quelle il cui prezzo sorpassa marchi 2,50, invece, è fissata una diminuzione dal 50 al 60 %; per quelle che hanno un prezzo intermedio, le tasse rimangono invariate. La decisione ministeriale prevede, inoltre, una diminuzione dall'1 al 3 % sulle tasse dei prodotti per i farmacisti fornitori delle Casse d'assicurazione se la loro cifra d'affari non sorpassa 15 mila marchi l'anno.

La nuova legge stabilisce una riduzione dell'orario in cui il farmacista ha diritto a una tariffa supplementare (tassa notturna), e cioè dalle 22 alle 7, anzichè dalle 20 alle 8, come prima.

I prodotti medicinali in Etiopia.

L'Etiopia assorbe una discreta quantità di medicinali esteri: di questi il 65 % proviene dalla Germania, il 25 % dalla Francia; l'Inghilterra e gli Stati Uniti d'America ne danno il 7 %. Rimane un 3 % che è dato quasi per intero dall'Italia.

La " festa del perdono ,, a Milano.

Nel salone dell'Archivio dell'Ospedale Maggiore di Milano si è tenuta la tradizionale cerimonia della « Festa del Perdono », per fare la relazione sull'attività degli Istituti Ospitalieri durante l'ultimo biennio e per la premiazione degli infermieri maggiormente distintisi. Erano presenti mons. Tredici, il prefetto Fornaciari, il sen. Cornaggia, l'on. Paleari ed altre autorità. Dopo la lettura della relazione, fatta dal presidente degli Istituti Ospitalieri, avv. Della Porta, si procedette alla consegna dei premi (diplomi e libretti di risparmio).

Commemorazione di Augusto Murri.

Nell'Aula Magna della Biblioteca dell'Ateneo bolognese si è svolta con solennità una commemorazione di Augusto Murri. Parteciparono alla cerimonia le principali autorità cittadine, il corpo accademico al completo, illustri scienziati venuti da molte città d'Italia, una folla di medici, studenti e invitati. Il discorso commemorativo fu pronunziato dal sen. prof. Giacinto Viola, il quale ha esaminato i principii direttivi e il metodo d'insegnamento clinico del grande Maestro, mettendo in rilievo l'attitudine di Augusto Murri alla formazione dei medici pratici.

Chirurgo reintegrato.

Il dott. Marcille, capo del servizio di chirurgia (primario chirurgo) nell'Ospizio di Ivry (dipendente dall'Assistenza Pubblica di Parigi) aveva ottenuto l'aspettativa, il 23 dicembre 1921, per motivi di salute. Nel 1927 chiese di essere reintegrato, essendo venuti meno i motivi che lo avevano fatto allontanare dal servizio, ed in virtù del Regolamento, che all'art. 53, paragr. 2, fa obbligo all'Assistenza Pubblica di riassumere i capi di servizio ospedaliero, rispettandone il ruolo di anzianità quando si erano dovuti allontanare per motivi di salute, e ciò senza far questione di tempo. La domanda era appoggiata dal Sindacato dei Chirurgi degli ospedali di Parigi. Il direttore dell'Assistenza rifiutò di aderire, appoggiandosi ad un parere del Ministero di Sanità. Adduceva due motivi: il dott. Marcille non aveva prestato che un servizio intermittente anche prima dell'aspettativa; ed essendo trascorsi molti anni, si erano create nuove situazioni, con nuovi interessi, che non potevano essere lesi. Egli trascurò di far accertare lo stato di salute del Marcille e con decisione del 21 dicembre 1927 nominò un nuovo capo servizio, il dott. Ockinczyc; con decisione ulteriore,

del 26 dicembre 1927, rigettò la domanda del dott. Marcille. Da ciò un'azione giudiziaria, svoltasi al Consiglio di Stato, Sezione del Contenzioso, la quale con sentenza del 4 marzo 1933 ha dato piena ragione al Marcille ed ha annullato le due decisioni predette dell'Assistenza Pubblica, che è stata anche condannata a tutte le spese.

Condanna di un chirurgo.

La Corte d'Appello di Torino ha giudicato — in seguito a decisione della Corte di Cassazione — una causa intentata contro il prof. Tommaso Busacchi, dell'Ospedale Maggiore di Cremona, dagli eredi di un paziente, Eugenio Miglioli, deceduto nel 1926 dopo un intervento chirurgico subìto nell'Ospedale Maggiore di Milano per l'asportazione di una pinza che il Busacchi aveva antecedentemente dimenticato nell'eseguire una gastroenterostomia. È stata ammessa la responsabilità del chirurgo, pur contenendola nei limiti della colpa contrattuale.

Delitto di contagio venereo.

Il Tribunale della Provincia di Tucumán in Argentina ha condannato a 4 anni di prigione un individuo che, sapendosi infetto di blenorragia, ha avuto rapporti sessuali con una donna, contagiandola. Nell'Argentina non vige una legge che preveda esplicitamente il delitto di contagio venereo; ma il Tribunale ha applicato l'art. 202 del Codice Penale, così concepito: « Sarà punito da 3 a 15 anni di reclusione o di prigione chiunque propagherà ad altri una malattia dannosa e contagiosa »: ha dunque assimilato il delitto ad un attentato contro la salute pubblica. La decisione è stata favorevolmente commentata nei giornali medici.

Premi di natalità e di nuzialità.

Si è accesa in Italia una nobile gara per promuovere la nuzialità e la natalità; vengono assegnati premi sotto varie forme. Vi partecipano comuni ed altri Enti.

L'O. N. M. I. ha stanziato la somma di 2 milioni, per circa 7500 premi da assegnare durante il 1933 a madri nubili che si sposano; durante il 1932 venne già destinata, allo stesso scopo, la somma di un milione, per 3500 premi.

Concerto medico.

Il 27 marzo ebbe luogo a Roma, nel grande salone della Confederazione generale dell'industria (Foro Italico 21), un concerto vocale e strumentale della Sezione di Roma dell'« Associazione Medici Musicisti Italiani ». I proventi sono stati devoluti al Sindacato Medico Fascista della Provincia di Roma, per la sottoscrizione permanente a favore del medico bisognoso.

Si sono prodotti i dottori: Accettella, Acqua, Pioli, Piperno, Rolandi, Russi e la sig.na Magri, laureanda in medicina.

Mortale epidemia di rosolia a bordo di un vapore giapponese.

I giornali quotidiani recano da Durban, in data 29 marzo:

Oltre 20 persone, tra cui parecchi bambini, sono morte di rosolia, mentre altre 150 sono tuttora sofferenti per tale malattia a bordo del piroscafo giapponese « Rio Janeiro Maru », giunto ieri in questo porto. Il « Rio Janeiro Maru », che è diretto al Brasile, reca a bordo circa 1200 emigranti giapponesi.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Paris Méd., 19 nov. — Numero sulla medicina sociale e la medic. legale.

Gaz. d. Hôp., 16 nov. — Numero sui tumori cerebrali.

Presse Méd., 19 nov. — G. ROUSSY e G. LÉVY. Distasia ariflessica ereditaria.

Med. Klinik, 18 nov. — M. BOCHARDT. Diagn. differenz. dell'appendicite. — T. AUERBACH. Sintomatologia del morbo di Bang.

Ann. Inst. Pasteur, nov. — T. DE SANCTIS MONALDI e al. Bacillemia tbc. — DESPLANQUES e al. Anafilassi tissulare. — Supplem. La vaccinaz. preventiva con B. C. G.

Wien. Klin. Woch., 25 nov. — SAXL. Lumbago statica.

Bull. Ac. de Méd., 15 nov. — G. MOURIQUAND. Distrofie alimentari. — F. RATHERY. Diabete renale e diabete zuccherino.

Klin. Woch., 3 dic. — B. LANGE. Allergia e immunità nella tbc. — G. GROSCURTH e H. W BANSI. La circolazione del s. nel lavoro fisico.

Chinese Med. Journ., sett. — K. H. LI. Il pneumotorace art. nella polmonite lob. — *Id.*, ott. L. C. FENG. Sarcosporidiosi nell'uomo.

Med. Klinik, 2 dic. — H. STRAUSS. Cure di sottrazione del sale nell'ulcera e nella gastrite superacide.

Brit. Med. Journ., 3 dic. — J. D. ROLLESTON. La varicella in età avanzata.

Diagnostica e Tecn. di Laboral., 25 sett. — G. GHERARDINI e C. D'IGNAZIO. Funzionalità epatica e aminoaciduria provocata.

South Afr. Med. Journ., 12 nov. — A. J. ORESTON. La vitamina A nel trattam. della polmonite.

Folia Clim. et Biol., lug.-ott. — J. B. MEYER. Inoculaz. del « tifo esantematico di S. Paolo » al « Macacus rhesus ».

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 4 dic. — G. MAURO. Fatica del cuore e orientamento professionale.

Paris Méd., 3 dic. — Numero sulla terapia.

Revue de Méd., nov. — Numero di radiologia.

Med. Klinik, 9 dic. — G. JUNG. Le indicazioni della tonsillectomia.

Presse Méd., 10 dic. — E. LÉVY-SOLAL. Lo choc ostetrico.

Ann. Journ. Med. Sc., dic. — B. J. CLAWSON. Streptococchi e reumatismo acuto. — G. E. FERRAR e al. Leucemia monocitica. — W. J. MAC NEAL. Impiego dei batteriofagi nelle ferite infette e nelle batteriemie.

Mediz. Klinik, 10 dic. — G. WALLBACH. L'impiego razionale del ferro in terapia. — F. REICHE. Epatargia.

Arch. di Patol. e Cl. Med., nov. — G. SORGE e B. BLASI. Suppurazioni polmonari. — B. FRANZIN. Glicemia oraria dei diabetici e terapia insulinica.

Cl. Med. It., nov. — G. VERCELLOTTI. Glicemia a digiuno.

Med. Klinik, 16 dic. — H. CURSCHMANN. Ipertiroidismo incompleto (benigno).

Rass. Intern. di Cl. e Ter., 30 nov. — Numero di oto-rino-laringol.

Paris Méd., 17 dic. — Numero di ostetr. e ginec.

Wien. Klin. Woch., 23 dic. — HOCHE. Insuccessi della trasfusione nelle sepsi generali. — LAZAROVITS. Importanza della costituzione nelle manifestazioni luetiche tardive, in specie sull'aortite.

Arch. Ist. Bioch. It., nov. — M. MAINO. Azione dell'ormone follicolare sulla gravidanza.

Klin. Woch., 17 dic. — M. ROSENBERG. Iperinsulismo artificiale e spontaneo.
Brit. Med. Journ., 17 dic. — G. W. PICKERING e W. HESS. Cefalalgia da istamina.
Haematol., VI. — A. BERSEGA. Mielosi aplastiche. — A. COSTA. Trattam. dell'anemia pernic. con aminoacidi.
Arch. Urug. de Med. Sc., dic. — L. SACCO FERRARO. Analgesia ostetrica.
Journ. A. M. A., 10 dic. — J. T. WILLIAMS. Rapporti tra infezioni respiratorie e puerperali. — F. L. SMITH. Il morruato sodico nel trattam. delle ulcere varicose.
Proc. R. Soc. Med., dic. — Discussioni sul taglio cesareo, sul trattam. dell'appendicite acuta, sulle ulcere bucco-faringee e cutanee.
Ann. di Med. Nav. e Col., nov.-dic. — U. REITANO e U. BONCINELLI. Inoculaz. del virus della « febbre esantematica » agli animali di laboratorio e all'uomo.
Paris Méd., 24 dic. — P. MAURIAC. Esistono diabeti insulino-resistenti?
Münch. Med. Woch., 23 dic. — MORRIS e al. Azione di succo gastr. concentr. nell'anemia perniciosa.
Forze Sanit., 30 nov. — R. PAOLUCCI. Associaz. dell'appendicite con l'ulcera gastro-duoden. e la colecistite.
Med. Klinik, 23 dic. — E. FRÄNKEL. Il principio della malignità nei tumori maligni.
Acta Med. Scand., Suppl. 48°. S. LINDGREEN. Iposecrezioni gastriche. — Suppl. 49°. A. LICHTENSTEIN. Agranulocitosi. — Suppl. 50°. Resoconto del 15° Congresso scandinavo di med. interna.
Nutrition, 5. — Congresso internaz. sulla litiasi biliare.
Journ. Méd. Franç., dic. — Numero sul latte.
Journ. de Méd. de Lyon, 20 dic. — Numero di anat. pat.
Bull. Méd., 31 dic. — Numero di pediatria.
Lancet, 31 dic. — J. H. QUASTEL. Biochimica e disordini mentali.
Prensa Méd. Arg., 30 nov. — E. M. PÁEZ. Capacità epatica di adattamento funzionale. — 10 dic. A. A. RAIMONDI e A. SANGIOVANNI. Polmone cistico.
Riv. San. Sicil., 15 dic. — N. LEOTTA. L'individualità costituzionale in chirurgia.
Practitioner, gen. — R. MORLEY FLETCHER. Influenza. — C. BLACLAND LEVICK. Bronchite acuta. — C. W. BUCKLEY. Fibrosite e reumatismo muscolare.
Edinb. Med. Journ., gen. — D. K. HENDERSON. L'alcoolismo cron. e suo trattam.
Med. Klinik, 1 gen. — C. VON NOORDEN. Patologia funzionale e terapia del diabete.
Sang, 1. — J. CHALIER e al. L'agranulocitosi.
Wien. Arch. Klin. Med., 20 dic. — H. FRITSCH. Osteosclerosi generalizzata. — J. BLÖCH. Azione dell'insulina e dello zucchero sulla chetonemia degli epatici. — F. FALTITSCHEK e D. SCHERF. Parasistoli. — E. ROSENTHAL. Quadri morbosi a evoluzione parallela.
Diagnost. e Tecn. di Lab., 25 ott. — L. JACCHIA. Diagnosi delle affez. epatiche mediante la crisi emoclasica.
Wien. Klin. Woch., 6 gen. — HAMBURGER. Infezione e malattia; allergia e immunità.
Münch. Med. Woch., 6 gen. — F. MÜLLER. Sul reumatismo.
Lancet, 7 gen. — La moderna concezione delle nefriti.
Forze San., 15 dic. — C. CASSANO. Diabete insipido e ricambio idro-salino intermedio.
Brit. Med. Journ., 14 gen. — L. BORGERS e al. Idnocarpati e morrhuati nel trattamento del lupus vulgaris; azione sul bacillo tbc.
Paris Méd., 14 gen. — P.-J. BRASLAWSKY. La febbre delle trincee in tempo di pace.
Ann. d'Ig., dic. — L. GRASSI. Il latte da potersi consumare crudo.
Arch. Intern. Med., dic. — F. M. BACKEMANN. Il destino degli asmatici « guariti ». — P. SHAMBAUGH. Azotemia da ipotensione arteriosa. — M. WETHERBY. L'artrite cronica.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XL Roma, 17 Aprile 1933 - XI Num. 16

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI.

Istituto di Patologia Medica della R. Università di Parma.

Sepsi meningoccica premeningitica.

Considerazioni cliniche

per il prof. LUIGI PRETI, direttore.

F. Renzo di anni 21, celibe, agricoltore, da Soragna. Nulla di notevole nel gentilizio. È figlio unico di padre e madre viventi e sani.

Niente da rilevare nei precedenti anamnestici remoti, non essendo mai il paziente caduto malato.

Trovavasi sotto le armi quando ai primi di agosto cominciò ad avvertire malessere generale, facile stancabilità, cefalea, spesso nausea e vomito, temperature ora subfebbrili, ora febbrili, precedute da brividi e più tardi facile cardiopalmo e dolori alla base posteriore del torace di sinistra. Entrato all'ospedale militare ed essendogli stato riscontrato i segni fisici di versamento pleurico a sinistra con una puntura esplorativa furono estratti una cinquantina di cc. di liquido avente i caratteri, stando a quanto riferisce l'infermo, di essudato. Per tutto il mese di settembre la febbre piuttosto alta persistette mancando solo rari giorni, e restando tutta la giornata con oscillazioni tra 38° e 39°. Nella prima quindicina di ottobre la febbre si fece intermittente con accessi ogni 2-3 giorni, della durata di 5-6 ore, preceduti da brividi e seguiti da sudore. Pare che obbiettivamente non sia stato rilevato null'altro all'infuori di una lieve ipofonesi alla base posteriore del torace di sinistra. Nella seconda quindicina di ottobre la febbre cessa, il paziente sembra guarito avverte soltanto un senso di ottundimento al capo e viene inviato in licenza di convalescenza. Ma dal 31 ottobre cominciano a ripresentarsi gli accessi febbrili di breve durata (3-4 ore) ma con ipertermia fino a 40° e più, accessi, che spesso si ripetevano 2 volte nella stessa giornata. Dopo pochi giorni accusa cefalea intensa e di tanto in tanto presenta convulsioni con perdita della coscienza ed ipertermia. Nello spazio di 1-2 giorni il malato si riprende; la temperatura torna alla norma. Fra un accesso e l'altro l'ammalato gode di relativo benessere, ha appetito: soltanto accusa modica pesantezza al capo e cefalea.

Ho occasione di vedere il paziente sotto uno di questi attacchi e, rilevando cospicua ipertonia dei muscoli della nuca e degli arti, pratico la puntura lombare, che dà esito a liquido purulento, fuoruscente a forte pressione. Esso contiene numerosi polinucleati assai alterati ed un diplococco Gramnegativo. Al cessare dell'attacco i parenti portano l'ammalato in clinica, il che avviene il 20 novembre.

All'entrata in clinica il paziente è prostrato; accusa palpitazioni cardiache; peso al capo e ce-

falea; nulla di speciale all'alvo ed alla minzione.

Obbiettivamente si nota: coscienza integra per quanto il sensorio sia alquanto ottuso; decubito indifferente; espressione del volto sofferente. Impalcatura scheletrica regolare; articolazioni mobili ed indolenti; masse muscolari ipotoniche ed ipotrofiche. Pannicolo adiposo un po' ridotto. Cute un po' pallida. Si palpa qualche linfoglandola piccola, mobile, indolente alle regioni inguinali. T. 36,5. P. 74 ritmico valido uguale. R. 18.

Il capo è mobile nei movimenti di lateralità, poco nei movimenti di flessione, che sono incompleti e dolorosi. Globi oculari mobili, pupille uguali e reagenti alla luce ed all'accomodazione.

Nulla di speciale rilievo al cavo orale ed al collo, se si eccettua, come già dissi, un certo inceppamento dei muscoli flessori della nuca.

All'apparato respiratorio: respiro simmetrico; nessun punto doloroso; fremito vocale tattile diminuito alla base posteriore sinistra; ipofonesi da due dita trasverse dall'angolo della scapola in basso a sinistra; sulla zona ipofonetica respiro indebolito.

Cuore: l'itto si palpa e si delimita in corrispondenza del 5° spazio intercostale sull'emiclaveare; il margine superiore arriva alla terza costola sulla parasternale; il margine destro deborda di un cm. dalla marginale destra dello sterno. All'ascoltazione si avverte un soffio a carattere musicale, che copre il 1° tono alla punta; sui focolai della base, specie su quello aortico, si ascolta pure un soffio sistolico più breve, che ha caratteri diversi di quello che si avverte sul focolaio di ascoltazione della mitrale.

Addome, fegato, stomaco ed intestino nulla di notevole. Milza ingrandita; il margine superiore all'8ª costola sulla ascellare posteriore; quello anteriore all'ascellare anteriore; il polo inferiore si palpa di consistenza aumentata all'arcata costale nelle inspirazioni.

Riflessi tendinei esagerati; clono del piede presente; non Babinski. Sensibilità tattile e termica conservate; esagerata quella dolorifica. Kernig dimostrabile in posizione seduta e supina.

Nelle orine nulla di notevole tranne un velo di albumina di tanto in tanto.

Sierodiagnosi di Wassermann e di Meinicke negative.

21-XI. Rachicentesi: liquido uscente a forte pressione, torbido. Nel sedimento numerosi polinucleati con protoplasma in stato di degenerazione più o meno marcata. Non si riscontrano forme batteriche. Con la coltura in agar-sangue si sviluppano colonie grigie violacee, costituite da diplococchi Gram-negativi, agglutinabili al titolo massimo dal siero agglutinante il meningococco tipo 3°; in brodo-ascite dopo 36 ore di termostato si forma alla superficie una pellicola costituita da cocchi aventi caratteri dei precedenti.

21-XI. Emocoltura durante un rialzo termico: in brodo-glucosato ed in agar-ascite: risultato negativo. In Liquoid: Liquoid all'1 % cc. 1 e sangue del malato cc. 3; dopo 24 ore trapianto in agar-sangue: risultato negativo. Dopo 64 ore 2°

trapianto: sviluppo rigoglioso in 20 ore in agar-sangue di colonie rilevate, rotondeggianti, grigiastre, piuttosto opache. Dopo 100 ore viene separato il plasma dai globuli e vengono seminate ansate di globuli in agar-sangue: si ha sviluppo rigoglioso e rapido (14 ore) di colonie coi caratteri macroscopici delle precedenti. Le colonie così ottenute erano costituite da diplococchi Gram-negativi ed agglutinati dal siero di sangue del paziente 1:200 ed agglutinati al titolo massimo dal siero agglutinante il meningococco tipo 3°.

28-XI. Una puntura esplorativa alla base posteriore sinistra del torace dà esito a liquido citrino, torbido. Densità 1020. Rivalta positivo. Nel sedimento numerosi polinucleati, pochi linfociti e scarse cellule endoteliali. La coltura in brodo-ascite resta negativa; con la coltura in Liquoid si ottiene lo sviluppo di cocchi disposti a diplococchi Gram-negativi, agglutinabili al titolo massimo dal siero agglutinante il meningococco tipo 3°.

Durante la degenza in clinica si assiste ad una ripetizione di accessi febbrili con elevazioni termiche, come si vede dalla tabella termometrica riportata, ricostruita, per il tempo passato in famiglia, dai dati gentilmente forniti dal medico curante, anche superiori a 40°, preceduti da brividi non intensi e seguiti non sempre da modica sudorazione. Talora gli accessi febbrili durano da poche ore a 13-14 ore e si ripetono quasi ogni giorno senza puntualità di orario nella comparsa: qualche volta anche 2 volte nella stessa giornata. Tra un accesso e l'altro la temperatura talora si abbassa alla norma ed anche più. In questi momenti di apiressia il malato gode una relativa euforia. Durante la piressia, tranne che un modico grado di cefalea, di agitazione ed insonnia, nessun altra molestia viene denunziata dal paziente: nessuna eruzione cutanea all'infuori di manifestazioni diffuse di orticaria, che per essere comparse dopo 3 iniezioni endorachidee di siero antimeningococcico fu messa in rapporto al siero. Malgrado gli accessi febbrili lo stato generale permane buono, l'appetito è conservato. I rumori endocarditici rilevati all'ingresso in clinica subiscono modificazioni presentandosi ora più aspri ora più dolci. Il polso resta relativamente raro anche nel parossismo febbrile. I sintomi di ipertonia muscolare non sono esacerbati dalla temperatura, anzi talora non sono quasi rilevabili e così pure la cefalea non ha relazione coi rialzi febbrili. Alle volte però l'ipertonia muscolare e la cefalea si accentuano notevolmente.

Il 2 dicembre i sintomi meningei sono del tutto scomparsi e dal 4 dicembre la temperatura non oltrepassa più la norma.

Da questa data le condizioni del paziente sono e restano ottime; tanto che il 17 dicembre viene dimesso. L'ultima rachicentesi (7-XII) mostra che la pressione endorachidea non è più aumentata, che il liquido è limpido, però contiene ancora qualche polinucleato.

Il trattamento terapeutico consistette in iniezioni endorachidee di siero antimeningococcico (3 iniezioni) previa sottrazione di liquido fino alla fuoruscita di esso a goccia a goccia. Dopo la terza iniezione, essendo comparso prurito ed orticaria diffusa, dubitando che queste manifestazioni potessero essere in relazione al siero, fu sospesa la sieroterapia endorachidea ed in sua vece furono praticate iniezioni endovenose di urotropina.

Dopo pochi giorni di soggiorno in famiglia il paziente fu ripreso improvvisamente da intensa agitazione, da rigidità dei muscoli della nuca e degli arti, da ipertermia. Il polso si mantenne sempre raro, poi si fece frequente ed il 28 dicembre avvenne l'esito letale.

Alla rachicentesi praticata qualche giorno prima dalla morte si constatò aumento della pressione endorachidea, liquido fortemente torbido, presenza di meningococchi.

La forma morbosa se poteva presentare difficoltà diagnostiche, come le ha in realtà presentate, prima della comparsa dei segni di flogosi meningea, divenne invece assai chiara dopo la comparsa di questi ed ancor più dopo gli esami batteriologici praticati.

E qui debbo dire che la documentazione batteriologica è stata facilitata dall'applicazione di un nuovo metodo di emo- e di essudato-cultura di gran valore escogitato nel mio Istituto, dietro mio suggerimento, dai miei valenti collaboratori prof. Massa e dott. Battistini.

Detto metodo consiste nell'aggiungere 3-4 cc. di sangue o di altro liquido del malato ad 1 cc. di una soluzione acquosa di Liquoid, il quale, scomplementando il sangue od i liquidi organici ed annullando il potere battericida dei medesimi, li rende ottimi terreni colturali per i germi in essi eventualmente contenuti tanto che è possibile poi dimostrarli, o mediante trapianto su terreno solido, o mediante esame diretto, allestendo cioè un preparato batterioscopico con qualche ansata del mestruo.

Grazie a questo metodo fu possibile dimostrare nel sangue, nel liquido cefalorachidiano e nell'essudato pleurico un germe, che con i metodi usuali non fu possibile mettere in evidenza nel sangue e nell'essudato pleurico e che con la semplice batterioscopia (forse perchè scarsamente presente) non venne dato di rilevare. Detto germe, sicuramente in causa perchè agglutinabile dal siero del malato, per le sue caratteristiche morfologiche (diplococco), tintoriali (Gram-negativo), fu ritenuto appartenere al gruppo dei meningococchi e per essere agglutinato al massimo titolo dal siero agglutinante il meningococco tipo 3°, deve essere ritenuto quale meningococco tipo 3°.

Ciò ha permesso di stabilire che tutta la sintomatologia iniziatasi ai primi di agosto e continuata quasi ininterrottamente, sotto diversi aspetti, con alternative di peggioramenti e di remissioni fino all'esito letale, avvenuto il 28 dicembre è stata opera di un unico germe e precisamente del meningococco tipo 3°.

Stando così le cose vien fatto di comprendere che vi fu un quadro iniziale di setticemia meningococcica un quadro finale di meningite cerebro-spinale fulminante e fra i due un pe-

riodo intermedio, durante il quale prevaleva ora la sindrome della setticemia ora quella della meningite. Ma forse anche nel quadro iniziale setticemico la meningococcemia non era pura perchè erano presenti alcuni sintomi, come la cefalea, la nausea, il vomito, che nulla hanno a che fare con la setticemia vera e propria, mentre invece possono deporre nel nostro caso per una reazione meningea, cosicchè è lecito pensare ad una meningococcemia mista, cioè ad una setticemia e ad una meningite insieme. E questa supposizione è confortata da osservazioni di altri autori, dalle quali è risultato che la meningococcemia premeningitica non è mai pura, il che potei io pure confermare in un lavoro sulla meningite cerebrospinale pubblicato nel 1918.

La meningococcemia nel nostro malato ha presentato il tipo pseudo malarico per la febbre a carattere intermittente, ad accessi biquotidiani o quotidiani preceduti da brividi, seguiti da senso di calore e quindi anche l'immissione in circolo di germi deve essere stato intermittente. Ora ciò può far pensare che il meningococco siasi insediato in qualche parte dell'organismo a costituire un focus primario, cioè una infezione focale primaria, dalla quale di tanto in tanto passava in circolo dando luogo a rialzi termici.

A questo punto vien fatto di chiederci se la meningite è secondaria all'infezione primaria od alla meningococcemia; in altre parole se il meningococco è pervenuto alle meningi direttamente dall'infezione focale, oppure se esso sia passato dall'infezione focale al sangue, e da questo alle meningi.

Un tempo si riteneva che il meningococco dal rino-faringe arrivasse alle meningi o per propagazione diretta attraverso la lamina cribrosa dell'etmoide o per vie linfatiche, essendo stato dimostrato una comunicazione fra fosse nasali e spazi sottoaracnoidei per il tramite degli spazi linfatici perinervosi o perivascolari. Ma questa ipotesi patogenetica fu messa da parte quando osservazioni cliniche, susseguitesi numerose, hanno dimostrato che nella meningite cerebro-spinale è quasi sempre possibile rilevare per mezzo dell'emocoltura il meningococco nel sangue. Così per spiegare simile reperto fu sostenuto che il meningococco dal rinofaringe passasse nel sangue e di qui per chemiotassi o per trofismo venisse attirato sulle meningi. Ad avvalorare poi questa supposizione vi contribuirono anche gli studi di Rosenow sulla elettività specifica dei germi per determinati organi o tessuti. In realtà però questa supposta elettività dei germi è ancora da dimostrare e per quanto riguarda in modo particolare il cosidetto trofismo del meningococco per le meningi non esiste ancora il minimo dato sperimentale che lo possa sostenere, anzi vi sarebbero reperti contrari ad esso, desunti dal fatto che iniezioni endovenose di colture di meningococchi nelle scimmie non hanno mai dato luogo a flogosi meningee (Flexner ed Ancom; Debré e Lemaire).

Quindi che la meningite sia secondaria alla setticemia in tutti i casi di meningite cerebrospinale è tutt'altro che dimostrata e se per qualche caso può ammettersi una tale interdipendenza, per molti altri non può essere sostenuta. E fra questi casi è da annoverarsi il presente. Infatti non è possibile sostenere, come è avvenuto nel nostro paziente, che la setticemia possa dar segni di flogosi meningea e che nel decorso della malattia abbiano a prevalere ora i sintomi dell'una ora i sintomi dell'altra e che avvenuta la guarigione di entrambe ad un dato momento abbiano ad esplodere improvvisamente i sintomi della meningite.

È mai possibile che la supposta elettività del meningococco per le meningi abbia ad esplicarsi in modo così discontinuo? Non sarebbe più logico e più plausibile ammettere che il meningococco abbia costituito un'infezione focale in una zona, dalla quale possa ora diffondersi alle meningi ora immettersi nel sangue? Questa supposizione renderebbe ragione della setticemia a gettata ed anche della meningite a ripetizione. Ora la zona, sede dell'infezione focale, in grado di dar luogo, contemporaneamente od alternativamente, alla setticemia ed alla meningite potrebbe essere la regione sottoaracnoidea, ove il meningococco viene a trovarsi a contatto con le meningi e nello stesso tempo coi vasi venosi, di cui la regione è riccamente provvista. Qui i germi sono in grado di produrre l'infiammazione delle meningi ed in pari tempo interessare i vasi, come anche di produrre una flebite, che estendendosi può produrre una flogosi meningea. Ed a produrre la infezione focale sottoaracnoidea basta pensare alla possibilità che ha il germe di arrivarvi per mezzo delle vie linfatiche dalla sua sede naturale cioè dal rinofaringe.

Che tutto ciò possa rappresentare anzichè una semplice ipotesi un fatto reale è provato dal fatto che le lesioni iniziali della meningite risiedono nella regione della base, a livello del lago linfatico del chiasma e delle vicinanze dell'ipofisi.

Possiamo quindi concludere che il meningococco dal rinofaringe è passato alla regione sottoaracnoidea ove stabilita un'infezione focale primaria, per la posizione anatomica, ha avuto la possibilità di dar luogo a due sindromi di-

stinte e cioè alla meningococcemia ed alla meningite.

Questa constatazione benchè derivi dall'osservazione di un sol caso permette di formulare un vasto giudizio nei riguardi della patogenesi della meningite cerebrospinale e cioè che la localizzazione del germe sulle meningi anzichè dipendere da uno stato settico costituitosi precedentemente alla flogosi meningea possa ritenersi dovuto alla infezione focale impiantatasi negli spazi sottoaracnoidei, alla quale deve far capo con ogni probabilità la stessa setticemia.

E questa conclusione non ha soltanto portata teoretica ma anche pratica poichè da essa deriva che anche nei casi di apparente meningococcemia pura, la sieroterapia deve essere praticata nel canale rachidiano per avere le maggiori probabilità curative.

Ed ora qualche considerazione sulla meningococcemia premeningitica o meglio sullo stato morboso con sindrome prevalentemente setticemica verificatasi nel nostro paziente.

Che possa precedere una sepsi meningococcica alla meningite cerebrospinale è ormai una vecchia acquisizione. Anch'io nel 1917 nella nota sopra ricordata riguardante uno studio sulla meningite cerebrospinale feci rilevare che molte volte la meningite è preceduta da una setticemia meningococcica.

Warfied e Warker nel 1903 illustrarono il primo caso di meningococcemia pura, una forma cioè nella quale il germe ha circolato nel sangue senza localizzarsi mai nelle meningi, a questa osservazione altre ne seguirono di meningococcemia senza meningite; in questi casi il meningococco tutt'al più può insediarsi in qualche altro organo o tessuto come articolazioni, endo e pericardio, pleura, testicolo, ecc. (Veratti, Pontano e Trenti, Massa, ecc.). Furono anche descritte sepsi meningococciche a decorso protratto, dai francesi denominate « forme prolungate cachetizzanti » e dai tedeschi « forme lente della sepsi meningococcica » (Friedemann e Deicher, Deyche, ecc.). Queste forme, che non sboccano mai nella meningite, probabilmente hanno una genesi diversa dalle sepsi meningococciche miste e forse per queste si può concedere che il meningococco sia penetrato direttamente nel sangue senza dar luogo all'infezione focale primaria sottoaracnoidea, od abbia costituito un *focus* primario in località che non ha diretti contatti con l'asse cerebro spinale.

In questi ultimi tempi numerose osservazioni riguardanti le sepsi meningococciche pure e miste furono consegnate alla letteratura e dalla disamina di esse è possibile condurre le meningococcemie a tre tipi clinici fondamentali, e cioè: un tipo purpurico; un tipo pseudo malarico; un tipo tifoideo.

La caratteristica del primo tipo, sia esso fulminante od acuto o subacuto — a seconda della durata — è rappresentato da manifestazioni purpuriche e da ipertermia, e può arrivare all'esito letale od alla guarigione col quadro della meningite, e, nei casi fulminanti, senza presentare alcun sintomo meningeo.

Il secondo tipo o pseudo malarico è così denominato per la febbre a tipo intermittente, la quale ricorda quella che vien dato di osservare nella malaria. Ogni accesso febbrile è preceduto da brividi e seguito da sudore; gli accessi possono essere quotidiani, biquotidiani, talora a giorni alterni con cefalea, nausea, ed anche vomito. Sintomi satelliti, non però obbligati, sarebbero: dolori articolari, eruzioni cutanee come macule, papule, vescicole, macchie purpuree. Questo stato può durare anche oltre 90 giorni e può guarire ed in tal caso gli accessi febbrili si esauriscono gradatamente (meningococcemia pura) o può, evenienza più frequente, sboccare in una meningite cerebrospinale per lo più mortale (meningococcemia mista e solo apparentemente pura). Durante l'evoluzione di questa forma si possono osservare localizzazioni del germe ai più svariati organi o tessuti come all'endocardio, all'occhio, al testicolo, ecc.

Il terzo tipo o tifoideo è così chiamato perchè ricorda nel modo di insorgere e nel decorso, almeno iniziale, il tifo addominale; se non che l'esame culturale del sangue oppure l'esame del liquido cefalo-rachidiano al comparire dei sintomi meningei, rilevando la presenza del meningococco, dimostra che la natura della forma è dovuta a questo e non ai bacilli del tifo.

Nel nostro caso la meningococcemia, verificatasi nel periodo che va dai primi di agosto ai primi di novembre ha tutte le caratteristiche della sepsi meningococcica tipo pseudo malarico per la febbre a tipo intermittente, per la milza grossa, probabilmente non pura, ma mista, cioè con concomitante reazione meningea per le manifestazioni in allora assai modeste come la cefalea, la nausea ed il vomito.

Durante questo stato due focolai secondari si sono costituiti: all'endocardio ed alla pleura sinistra. Nessun dubbio che queste localizzazioni siano avvenute per dato e fatto della setticemia perchè esse sono proprie della setticemia, in quanto i germi passando nel sangue dal focus primario (spazio sottoaracnoideo) per essere eliminati, possono insediarsi in qualche organo e qui dar luogo ad un processo flogistico.

La localizzazione all'endocardio ha interessato gli orifizi mitralico ed aortico, come fanno fede i soffi in primo tempo sui focolai di ascoltazione della mitrale e dell'aorta. Che la localizzazione endocardica, avvenuta prima dell'entrata in clinica, sia dovuta al meningococco in causa, lo dimostra il fatto che il processo endocardico era ancora in evoluzione quando il malato entrò nel nostro Istituto e ciò possiamo dire per le variazioni a cui andarono incontro i fenomeni acustici durante il tempo della nostra osservazione e quindi recente e sotto il dominio della setticemia di cui abbiamo dimostrato la natura.

Ma oltre all'endocardio, un altro focolaio secondario si è stabilito alla pleura sinistra. All'inizio della malattia quando il malato era ospite dell'ospedale militare fu praticata una puntura esplorativa al cavo pleurico di sinistra, la quale diede esito a circa 50 cc. di liquido, di cui non conosciamo i caratteri. Se le cose fossero rimaste a questo punto certamente non avremmo elementi sicuramente probativi per ritenere il processo pleurico quale focolaio secondario, cioè sostenuto dal germe della setticemia in atto, ma, come abbiamo precedentemente detto, all'entrata del paziente nel nostro Istituto una puntura esplorativa alla base del torace di sinistra ci diede pochi cc. di liquido, che col procedimento culturale al Liquoid, ci permise di avere lo sviluppo del germe e di poterlo così identificare per il meningococco tipo 3° dello stesso tipo cioè di quello isolato dal sangue.

Quale dei due focolai secondari — endocarditico e pleurico — sia più anziano non è possibile dire, ma d'altra parte ciò per noi ha poca importanza; importante è di essere in grado, in base a sicura documentazione batteriologica di dire che entrambi sono manifestazioni di uno stesso agente e cioè del meningococco tipo 3°.

A questo punto qualcuno potrebbe obbiettare che la meningococcemia e la meningite, anzichè dall'infezione focale primaria costituitasi alla base sottoaracnoidale, dipendessero dal processo endocarditico e cioè che dall'endocardio fossero lanciati emboli micotici nel torrente circolatorio ed alle meningi. Contro questa obbiezione depongono vari ordini di fatti. In primo luogo che la setticemia causata dall'endocardite non assume mai il tipo pseudopalustre, in quanto che la febbre non è mai intermittente, come è stata nel nostro caso, ma irregolare e tutt'al più remittente. In secondo luogo poi appare poco verosimile che l'endocardite possa dare luogo a ripetute flogosi meningee e meno che meno alla meningite fulminante terminale. Questa per il modo improvviso ed imponente con cui si è manifestata, trova una più logica spiegazione nel fatto che essa sia stata scatenata da un'infezione focale insediatasi in una località, che ha rapporti diretti con le meningi, come quella sottoaracnoidale.

Dopo tutto quanto fu esposto si può concludere che nel nostro malato la genesi della forma morbosa più accettabile, e che riesce a dar ragione di tutta la sintomatologia, sia stata la seguente: passaggio del meningococco per il tramite dei linfatici dal rino faringe agli spazi sottoaracnoidei della base a formare un focus primario. Da questo è derivata la setticemia meningococcica mista cioè contemporaneamente una reazione meningea ed una sepsi meningococcica vera e propria; la meningococciemia ha provocato l'endocardite e la pleurite meningococcica. Ed infine quando e sepsi e meningite sembravano guarite, dal focus sottoaracnoidea si è scatenata la meningite fulminante terminale.

RIASSUNTO.

L'A., dallo studio di un caso di sepsi meningococcica premeningitica a tipo pseudopalustre terminato con la sindrome di una violenta meningite cerebrospinale, deduce che la sepsi e la meningite hanno avuto il loro punto di partenza dall'infezione focale stabilitasi negli spazi linfatici sottoaracnoidei della base per opera del meningococco tipo 3°, pervenuto dal rino faringe.

Trae pertanto la conclusione che la meningite susseguente alla sepsi meningococcica sia dipendente anzichè da questa, dall'infezione focale stabilitasi negli spazi sottoaracnoidei. Pertanto la sieroterapia deve essere fatta, anche nelle forme di sepsi meningococcica, nello speco rachidiano per distruggere l'infezione focale.

BIBLIOGRAFIA.

DOPTER. *L'infection méningococcique.*

DAUGE. Thèse de Paris, 1821.

PORTRET. Ibid., 1912.

FRIEDMANN e SEIFFERT. Deut med. Woch., 30 aprile 1926 .

MASSA. *Endocardite ricorrente e sepsi meningococcica.* Giornale di clinica medica, 20 gennaio 1928.

FRIEDMANN e DEICHER. *Ueber die lente Forme der Meningokokkensepsis.* Deut. med. Woch., nov. 1926, n. 18.

PRETI. *La meningite cerebrospinale epidemica.* L'Attualità medica. A. VIII.

PONTANO e TRENTI. *La setticoemia meningococcica.* Il Policlinico, Sez. Med., 1922, n. 1.

VERATTI. *Sopra un caso di setticemia meningococcica con esantema petecchiale.* Boll. Soc. Med., Pavia, 1919

DE SAVERGNE. *Sémeiologie des septicémies médicales.* Congresso francese di Medicina, Parigi, 1927.

MÜLLER. *Zur Kenntnnis der Menigokokkeninfektion. Klin. Woch*, 26 dicembre 1931.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE DEL LITTORIO IN ROMA
PADIGLIONE « A. CESALPINO ».

Il comportamento della glicemia nella cura del diabete con insulina.

Dott. A. SEBASTIANI,
primario medico e docente nella R. Università.

Si compie ormai un decennio dalla memorabile scoperta di Banting e Best, i quali, introducendo nella terapia l'estratto degli isolotti di Langerhans, arrecarono un incalcolabile aiuto all'umanità sofferente. Chi scrive queste note è stato tra i primi ad adoperare l'insulina in Italia, in quanto ne potè disporre anche prima che essa fosse in commercio; pubblicò un primo riassunto di osservazioni personali nel 1924 (5), e da allora ha avuto occasione di trattare centinaia di casi. Del resto l'uso di questo ormone è entrato oggi così largamente nella pratica corrente, che si può dire che non v'è medico che non ne abbia esperienza personale. Naturalmente è necessario adoperare l'insulina con un certo discernimento, di cui non è qui il caso di parlare, data la vastissima letteratura in proposito. Oltre al trattamento della tossiemia diabetica, del coma, (« di diabete non si deve morire » io direi, parafrasando il titolo di un manuale ostetrico uscito parecchi anni or sono), mi sembra che i vantaggi, enormi, che si traggono dalla cura insulinica sono essenzialmente due: la possibilità di nutrire con adeguato apporti di calorie il diabetico, e la possibilità di vincere più facilmente le complicazioni tutt'altro che rare nei diabetici, infezioni e suppurazioni, compresi gli eventuali necessari interventi chirurgici per malattie concomitanti.

L'introduzione dell'insulina ha anche permesso di afferrare meglio il complicato giuoco del metabolismo dei carboidrati nell'organismo. Come è noto il glucosio proveniente dai cibi (dal 100 % dei carboidrati, dal 58 % delle proteine e dal 10 % dei grassi) arrivando nel torrente circolatorio ne fa alzare il livello glicemico: questo fatto a sua volta determina da una parte l'immagazzinamento di glicogeno nel fegato e dall'altra la combustione nei muscoli (oltre a una formazione di glicogeno pure nei muscoli, ma assai meno importante), i quali due meccanismi tendono di nuovo ad abbassare il livello dello zucchero nel sangue. Ove questo non avvenga come nel diabete, che, con Van Slyke, si può definire « uno stato in cui la massima capacità di combustione dei carboidrati è ridotta al disotto della norma », la glicemia seguita a salire e, come un vaso che è troppo pieno, trabocca attraverso i reni determinando la glicosuria, tanto più che anche l'altro processo di immagazzinare il glicogeno è nel diabetico alterato. L'insulina facilita la combustione muscolare e tende quindi ad abbassare la glicemia.

Purtroppo da tutto questo non possiamo affermare che il diabete sia solo o sia sempre determinato da una alterazione delle isole di Langerhans: ed è ancora incerto se il disordine funzionale che costituisce il diabete mellito costituisca una unità patologica.

*
* *

Resta comunque accertato il fatto che l'insulina determina un abbassamento della glicemia, tanto più evidente nel diabetico in cui quella si presenta abnormemente alta. E da quanto ho detto sopra è comunemente ammesso che il miglioramento che si ha nel diabetico per la cura insulinica consiste ed è la conseguenza di questa diminuzione del tasso glicemico.

Tutti i trattati e tutte le pubblicazioni abbondano di curve glicemiche, le quali studiano l'effetto ora per ora (o mezz'ora per mezz'ora) della iniezione di insulina. Ma nella grande maggioranza questo studio è limitato alla osservazione delle ore che seguono alla iniezione. Pochissimi accenni ho trovato sull'andamento della glicemia durante la cura, ciò che mi sembra di un certo interesse: poichè, se l'effetto immediato è ben noto, importa conoscere se si può ottenere, oltre alla scomparsa della glicosuria, un abbassamento della glicemia a digiuno, il che può aver valore specialmente per il chirurgo. In altri termini importa conoscere se appena passata l'azione dell'insulina — ciò che avviene come è noto in poche ore — si può sperare, con un trattamento insulinico prolungato, di mantenere ancora il livello glicemico piuttosto basso. *A priori* questa possibilità dovrebbe esistere, perchè è noto che col trattamento insulinico aumenta notevolmente la tolleranza agli idrati di carbonio, ciò che indica che il meccanismo di combustione di questi, messo, per così dire, a riposo, o per lo meno non spinto al suo massimo sfruttamento, per mezzo dell'insulina, è capace di riacquistare energia.

Ora, come ho detto sopra, scarsi accenni si trovano su questo punto nella letteratura, pur così vasta, del diabete e della sua cura insulinica. Joslin nel suo trattato (3) dice solo che essendo il periodo di massima influenza esercitata dall'insulina sulla percentuale glicemica di otto ore, le glicemie più alte dovrebbero trovarsi prima della colazione del mattino; mentre fu una gradita sorpresa l'apprendere che in una serie di 53 diabetici trattati per 63 giorni

con insulina la media delle glicemie del mattino era scesa da 2,4 prima dell'insulina a 1,9 alla fine di questo periodo, nonostante le diete più alte istituite.

John nel 1924 (1) pubblica 9 casi in cui l'andamento della glicemia è seguito e rappresentato in grafiche. Da queste risulta che lo zucchero del sangue è riportato rapidamente al normale o vicino a questo in 5 casi, mentre in altri il ritorno fu assai più lento e non completo, spesso oscillante. Ma l'esperienza di John è assai più vasta e nel 1928 poteva pubblicare uno studio statistico di 2000 casi di diabetici (2). In questo egli fa notare che nel diabetico a digiuno e sotto cura di insulina si hanno notevoli oscillazioni nel tasso glicemico, che varia talvolta da 1,24 a 2,06: tali fluttuazioni non sono la regola e tuttavia non sono rare; di solito il diabetico risponde prontamente al trattamento con insulina, e, se questo è portato avanti con cura, lo zucchero del sangue presto o tardi cadrà e rimarrà a un livello basso. Non sono però citati casi e cifre a sostegno di questa affermazione.

Perters e Van Slyke nel loro recente trattato (4) constatano come, prima dell'introduzione dell'insulina, era viva la discussione tra coloro che pensavano che l'eliminazione della glicosuria « era il *goal* » della cura del diabetico, e quelli che insistevano che si doveva far di tutto per mantenere la glicemia a digiuno nei limiti normali; ma tutti i pratici riconoscevano che l'ottenere il secondo scopo richiedeva addirittura un eroismo da parte del paziente, mentre poi non è dimostrato che una moderata iperglicemia sia deleteria all'organismo. Dopo l'introduzione dell'insulina Peters e Van Syke affermano essere ancora meno facile mantenere lo zucchero del sangue nel periodo dopo l'assorbimento entro limiti normali: per avere questo al mattino a digiuno occorrerebbe o una somministrazione d'insulina a metà della notte, o una forte dose alla sera col pericolo di uno shock ipoglicemico. Gli AA. però non danno cifre in proposito nè ci riferiscono sulla loro esperienza.

*
* *

Nello scorso anno ho trattato nel mio reparto circa 40 diabetici, ma di essi una metà per ragioni varie si trattennero poco in ospedale, e quindi non poterono esser oggetto di osservazione prolungata. Limito quindi le mie considerazioni a 20 casi.

Di ogni malato appena entrato si determina la tolleranza agli idrati di carbonio, la glicemia, la curva glicemica dopo la somministrazione sperimentale di glucosio, e infine, in base a peso, altezza ed età il quantitativo di calorie necessarie al soggetto in metabolismo basale, secondo le tavole di Du Bois e Du Bois. In possesso di questi dati si stabilisce per il soggetto una dieta che contenga la dovuta proporzione in proteine grassi e carboidrati. Ogni giorno, naturalmente, il vitto introdotto viene pesato, in modo da conoscere la quantità percentuale dei tre elementi e quindi le calorie, si raccoglie l'urina delle 24 ore, se ne determina l'eventuale glicosuria percentuale e quindi delle ventiquattro ore, e alla visita del mattino in base alle cifre suddette, che sono state già segnate dagli assistenti per il giorno precedente su una apposita scheda per diabetici (di cui nella mia pubblicazione già citata detti il modello), si stabilisce l'alimentazione e il dosaggio di insulina.

L'obbiettivo che ci siamo finora proposti è il primo dei due elencati da Van Slyke, cioè ottenere e mantenere l'urina assolutamente priva di zucchero (e, si intende, di acetone). Attenendosi a queste regole si vede, come è ben noto, che la tolleranza va gradatamente aumentando, sicchè è possibile aumentare la dieta e diminuire la dose di insulina, pur mantenendo sempre la aglicosuria. Contemporaneamente spariscono i fenomeni caratteristici del diabete e il soggetto, come si controlla con frequenti determinazioni, guadagna per lo più in peso.

Nell'anno decorso ho voluto seguire a intervalli più o meno regolari l'andamento della glicemia a digiuno. È difficile, senza esser noioso, riferire sui risultati di questa osservazione: ho costruito quindi una tabella che dà in forma grafica questi dati (vedi tavole). Per essere completa questa tabella avrebbe dovuto contenere anche la quantità di proteine, grassi, carboidrati introdotti, la dose di insulina giornaliera, l'andamento del peso ecc.: ma ne sarebbe risultato un grafico così complicato che son sicuro quasi nessuno lo avrebbe seguito. Mi sono limitato quindi a rappresentare in essa i risultati della glicemia posti a intervalli corrispondenti ai giorni trascorsi tra l'una e l'altra. Occorre tener presente che il mio scopo era questo: dato il trattamento del diabete come è abitualmente praticato, cioè con lo scopo di mantenere l'urina priva di zucchero e migliorare le condizioni del soggetto con l'alimentazione più ricca possibile e con la minor quantità possibile di insulina, vedere quale è l'andamento dello zucchero nel sangue in un periodo del giorno, quale è la mattina a digiuno, in cui certamente l'effetto immediato dell'ultima iniezione di insulina praticata è

scomparso, e quindi studiare l'effetto sullo zucchero del sangue, a digiuno e a distanza dalla iniezione, di un trattamento insulinico prolungato.

Alla base delle curve è indicata (in proporzione) la quantità di insulina quotidiana che veniva somministrata nel periodo in cui veniva presa la glicemia. Come si vede questa quantità varia notevolmente da caso a caso: si ripete che per unica indicazione al dosaggio della insulina abbiamo preso il mantenere la urina priva di zucchero ed è ben noto che la suscettibilità all'effetto dell'insulina è assai variabile nei vari soggetti, in rapporto probabilmente col grado di malattia.

La durata di osservazione, come è indicato nelle grafiche, è stata da un massimo di 285 giorni a un minimo di 10, ma ad eccezione degli ultimi tre casi tutti gli altri sono stati seguiti per più di 50 giorni. Quanto al numero delle glicemie praticate in ogni caso, esso pure risulta dalla tabella ed è variato da un minimo di 3 a un massimo di 14.

Ora, se noi esaminiamo queste curve, vediamo che in tutte l'istituire la cura ha prodotto un abbassamento del tasso glicemico, ma non possiamo affatto affermare che la cura dietetico-insulinica sia riuscita a mantenere questo abbassamento. Lo si vede persistere in alcuni, ma nella grande maggioranza dei casi si ha una tendenza a rielevarsi, la quale in alcuni, come il caso 1, il caso 3, il caso 5, è nettissima. In altri casi non si è avuto nemmeno l'abbassamento iniziale e, attraverso a oscillazioni, si può dire che la grafica mantiene un andamento orizzontale. Tipico è il caso segnato al n. 4, che è stato mantenuto in osservazione per circa sei mesi, e alla dimissione, cioè alla fine della nostra cura, aveva lo stesso tasso glicemico che all'ingresso. È bensì vero che in questo caso siamo scesi da 84 unità di insulina quotidiane a 16, sempre seguendo il criterio più volte esposto (nell'ultimo periodo abbiamo leggermente rialzato la dose, da 8 a 16, appunto allo scopo di ottenere un abbassamento della glicemia). Ma in questo soggetto, come in tutti gli altri, abbiamo ottenuto e mantenuto il consueto miglioramento clinico (talvolta quasi spettacolare, come è a tutti noto) rappresentato dalla scomparsa della poliuria, fame, sete, dal miglioramento delle condizioni generali, del peso ecc. Non è possibile e sarebbe superfluo riferire la storia clinica di tutti i casi, ma valga per tutti questo già citato caso 4: si tratta di un professionista, un ingegnere, che è stato scrupolosamente alla cura, che ha visto scomparire i segni di debolezza mentale e fisica, che non gli permettevano più il suo lavoro, che si è visto aumentare di peso, e con una curva progressiva, da Kg. 51 a Kg. 70, che ha visto dileguati tutti gli altri sintomi accessori del diabete.

Io non mi sento di tirare una conclusione da questa statistica ancora scarsa, ma credo di poter rilevare i seguenti punti:

1) la cura insulinica refratta, dominata esclusivamente dal concetto di mantenere l'urina priva di zucchero, non ottiene parallelamente un costante abbassamento del tasso glicemico;

2) d'altro lato con tale metodo si ottiene sempre uno spiccato miglioramento clinico;

3) esisterebbe dunque una assenza di parallelismo tra andamento clinico e altezza del tasso glicemico a digiuno?

4) è necessaria una dose assai più forte di insulina per ottenere lo scopo suddetto?

Quest'ultimo punto potrebbe forse avere una importanza nell'uso dell'insulina in chirurgia. Debbo dire che la mia esperienza personale — che non è scarsa, come ho detto, anche in questo campo — sarebbe per una risposta negativa. Tutti i numerosi casi che mi sono stati affidati dai chirurgi perchè diabetici bisognosi di operazione, sono stati da me trattati col metodo abituale, senza preoccuparmi della glicemia, e tutti — nessuno escluso — hanno avuto un esito ottimo.

RIASSUNTO.

Sono riportati i risultati di frequenti esami di sangue per il tasso glicemico in 20 diabetici trattati con insulina e seguiti per lungo periodo di tempo; e si constata che sebbene tutti furono rapidamente ridotti alla aglicosuria e mantenuti in queste condizioni, la glicemia non seguì un parallelo corso discendente.

Roma, febbraio 1933-XI.

BIBLIOGRAFIA.

(1) JOHN J. H. *Insulin in the tretment of diabetes.* Medical Jo. and Record March, 5, 1924.

(2) ID. *Diabetes. A statistical study of two thousand cases.* Archives of internal Medicine, August, 1928.

(3) JOSLIN E. P. *The treatment of diabetes mellitus.* New York, 1923.

(4) PETERS J. P. and VAN SYKE D. D. *Quantitative clinical chemistry.* London, 1931.

(5) SEBASTIANI A. *Il trattamento del diabete con l'insulina.* Il Policlinico, Sez. Prat., 27 ottobre 1924.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

POLICLINICO UMBERTO I IN ROMA - III PAD. CHIR.
Primario Dott. A. DE FABI.

Ascesso della parete addominale da peritonite pneumococcica incistata.

Dott. MANLIO PIAZZA, assistente.

Il caso capitato alla nostra osservazione durante il servizio al III Padiglione di Chirurgia al Policlinico Umberto I, e che è oggetto di questa nota, credo sia meritevole di essere conosciuto, sia perchè richiama ancora una volta l'attenzione sopra un'affezione che ha già una larga bibliografia, ma che forse non è sufficientemente considerata e tenuta presente dal medico pratico, sia anche perchè, per alcune particolarità cliniche e di decorso, si dimostra piuttosto raro in confronto alle descrizioni classiche della peritonite.

Dal 1895, da quando cioè il Bozzolo e poi il Dieulafoy hanno descritto come forma patologica a sè la peritonite pneumococcica, le osservazioni su tale malattia si sono andate man mano moltiplicando, tanto che nel 1929 Mathieu e Davinot potevano raccoglierne nella letteratura 325 casi. Ma certamente l'affezione va ancor oggi spesso misconosciuta sia da una parte per la difficoltà della diagnosi per solito di probabilità, e che può essere resa certa soltanto dagli esami batteriologici, sia ancora per il fatto che il medico pratico scarsamente volge la sua attenzione ed il suo ragionamento diagnostico ad una affezione che a torto considera come una rarità.

Clinici sperimentati come il Salzer ne pongono un rapporto di frequenza con l'appendicite di 1 a 17, ma anche volendo adottare il rapporto di 1 a 22 portato da altri AA. (Mathieu, Aurosseau), ci troviamo innanzi a cifre di frequenza infinitamente maggiori a quelle che comunemente non siano offerte dalla pratica. Segno questo che molte peritoniti pneumococciche rimangono indiagnosticate, almeno per il riguardo etiologico se non per la diagnosi generica di peritonite. L'errore o l'omissione avrebbero poca importanza se costituissero soltanto un perfezionamento di diagnosi, ma acquistano invece valore di primo ordine se si pensi che essi incidono sfavorevolmente sull'indicazione terapeutica ed operatoria che in questo gruppo di peritoniti ha una fisonomia del tutto particolare. La larga esperienza infatti ormai acquisita in materia e le numerose statistiche operatorie offerte dai vari chirurgi, hanno stabilito che la mortalità grava con cifre superiori al 90 % negli interventi praticati precocemente, mentre essa si presenta assai più ridotta nelle operazioni ritardate. Di qui il precetto che l'intervento, quando la diagnosi di peritonite pneumococcica sia ben fondatamente accertata, debba essere procrastinata, contrariamente a quanto si fa in tutte le altre peritoniti acute, e possibilmente sino a quando l'infezione peritoneale si è circoscritta e incistata.

La paz., di cui alla presente nota, si è presentata alla nostra osservazione nella nottata tra il 20 e il 21 settembre 1932.

Anamnesi. — Donna di anni 41. Mestruata a 13 anni; le mestruazioni in seguito sono state sempre regolari per ritmo, qualità e quantità. Coniugata, ha avuto otto gravidanze condotte a termine. Nessun aborto. Circa l'anamnesi remota riferisce di aver sofferto sette anni or sono di febbre malarica della quale si curò intensamente e che non si è più ripresentata negli anni seguenti. Quattro anni or sono ha sofferto polmonite che guarì in pochi giorni senza lasciare postumi apprezzabili.

Da tre anni avverte abbondante lacrimazione dall'occhio sinistro. Facendo pressione al di sotto dell'angolo interno dell'occhio nota la comparsa in corrispondenza di esso di piccole quantità di pus.

Circa la malattia attuale la paz. riferisce che 20 giorni or sono, in pieno benessere, è stata colpita da brivido intenso al quale seguì immediatamente elevazione febbrile che raggiunse ben presto i 40°. Avvertiva inoltre dolori diffusi all'addome, più intensi in corrispondenza dei quadranti inferiori. I dolori stessi erano accompagnati da vomito persistente ed insorgente dopo l'ingestione di anche piccole quantità di liquido. Sin dall'inizio della malattia l'alvo è divenuto diarroico con numerose scariche che durante il primo giorno hanno raggiunto il numero di 15-18. Le deiezioni erano in gran parte acquose, leggermente verdastre. Nei giorni seguenti all'inizio le condizioni della paziente sono rimaste pressocchè immutate, se si eccettui un progressivo decadimento delle condizioni generali. Ha persistito la febbre con scarse remittenze e aggirantesi sempre intorno ai 39°; hanno persistito il vomito e la diarrea, ambedue però meno frequenti; hanno continuato ad essere presenti i dolori addominali. Dopo circa 8-10 giorni dall'inizio le condizioni della paz. hanno cominciato progressivamente a migliorare. Il vomito è quasi scomparso, la diarrea si è ridotta a 4-5 scariche giornaliere, mentre la febbre ha preso tipo più spiccatamente remittente scendendo sino a 37° 5 il mattino e risalendo la sera non oltrepassando però i 38° 5. I dolori addominali diminuiti d'intensità, si erano circoscritti quasi del tutto alla metà inferiore dell'addome. Al 16° giorno di malattia e cioè 4 giorni prima dell'ingresso perdurando la sintomatologia su descritta, la paz. ha notato nella porzione addominale compresa fra l'ombelico e il pube e in corrispondenza della linea mediana, lo stabilirsi e il rendersi evidente di una tumefazione pianeggiante ricoperta da

cute arrossata, di consistenza piuttosto dura, dolente sia spontaneamente che alla palpazione. La tumefazione stessa nei giorni seguenti si è andata facendo man mano più evidente e rilevata sulle regioni circostanti, sino a prendere i caratteri presenti al momento dell'ingresso.

Durante tutto il decorso, la paz. ha avvertito profonda anoressia.

La minzione si è mantenuta regolare come frequenza, non accompagnata da bruciore, con emissione di urine un po' torbide e rossastre.

E. O. Condizioni generali di nutrizione sensibilmente scadute. Colorito della cute e delle mucose visibili pallido. Pannicolo adiposo assai scarso. Muscoli flaccidi e ipotonici. Lingua impaniata ma umida.

Polso ritmico, piccolo, facilmente depressibile. Frequenza 110.

Temperatura 38°.

La palpebra inferiore e l'angolo interno dell'occhio sinistro appaiono tumefatti ed iperemici. Con la pressione fuoriesce dal punto lacrimale inferiore una piccolissima quantità di pus.

Torace: Apici polmonari d'ampiezza e sede normali. Basi bene mobili. Alla percussione suono polmonare su tutto l'ambito. All'ascoltazione murmure vescicolare ovunque.

Cuore: Nei limiti. Toni normali. Non rumori aggiunti.

Addome: Piuttosto globoso, a pareti flaccide, con evidenti strie gravidiche, bene mobili con le escursioni respiratorie. Trattabile, indolente in tutti i quadranti fuorchè nella regione compresa fra il pube ed una linea trasversale tirata due dita circa al disotto dell'ombellico, ove si nota la presenza di una tumefazione a salsicciotto, ma pianeggiante e poco rilevata sulle regioni circostanti, ricoperta da cute arrossata in special modo al disopra del pube.

Alla palpazione si nota aumento della temperatura locale e si nota l'aderenza della cute ai piani sottostanti. La tumefazione stessa si dimostra a superficie liscia, di consistenza pastosa nettamente fluttuante, non spostabile, non riducibile, discretamente dolente, a limiti indistinti che si perdono e si confondono nei tessuti circostanti ispessiti, lievemente edematosi e formanti quasi un piastrone all'intorno. Spingendo però la palpazione al disotto della tumefazione e nella porzione inferiore di essa, si riesce in parte a circoscriverla e si ha l'impressione che essa si approfondi lungo la linea mediana fra i muscoli retti. Facendo contrarre i muscoli retti stessi, la tumefazione non si riduce di volume.

Fegato e milza nei limiti.

Esame ginecologico. — Utero normale per forma, volume, consistenza e posizione. Fornici laterali e posteriore liberi. Fornice anteriore di consistenza un po' pastosa e modicamente dolente. Annessi non si palpano.

Esame delle urine: assenza di elementi patologici.

Esame del sangue: 28.000 leucociti con una percentuale nella formula di polinucleati neotrofili dell'80 %.

In base ad una meno attenta e rigorosa interpretazione dei dati offerti dall'anamnesi ma ancor più dall'esame obbiettivo, la diagnosi più probativa che si sarebbe potuto porre sarebbe stata quella di ascesso della parete addominale, ma i dati dell'anamnesi, accuratamente valutati, erano tali da indirizzare alla giusta diagnosi. L'inizio repentino della malattia con febbre elevata, i dolori addominali, il vomito persistente, la diarrea frequentissima, il formarsi successivamente di una raccolta nella regione compresa fra il pube e l'ombellico, erano tutti elementi che facevano fondatamente pensare ad una peritonite pneumococcica secondariamente incistatasi, anche se alcuni dati non s'accordavano completamente con il quadro e con il decorso della peritonite pneumococcica.

Si trattava infatti di una paziente che aveva già raggiunto i 41 anni e noi sappiamo che la frequenza della peritonite pneumococcica diminuisce di gran lunga col crescere dell'età. L'esame obbiettivo inoltre faceva rilevare che l'apertura spontanea dell'ascesso si sarebbe prodotta al disopra del pube, là dove la cute appariva più tesa ed arrossata, e non all'ombellico, sede d'elezione nelle peritoniti pneumococciche e che nel nostro caso invece non era interessato arrestandosi la tumefazione alquanto al disotto di esso.

Ma tali dati di fatto, se pur potevano suscitare qualche dubbio, avevano valore tutt'altro che assoluto.

Il 20 settembre 1932 viene pertanto praticato l'intervento con diagnosi di peritonite pneumococcica incistata.

Anestesia locale cloro-etilica.

Taglio longitudinale mediano sottoombellicale.

Incisa la parete si dà esito ad una abbondante raccolta extra peritoneale di pus denso, verdastro, inodoro, commisto ad essudato fibrinoso. La cavità ascessuale, d'ogni parte ben delimitata, dimostra soltanto nel suo angolo inferiore, al disopra del pube, la presenza di un tramite che estrinsecandosi al di dietro del pube stesso, s'approfonda nel cavo peritoneale.

Si zaffa ampiamente la cavità e si abbocca un piccolo zaffo nel tramite inferiore.

L'esame batteriologico del pus prelevato sterilmente all'atto dell'incisione, dimostra l'esclusiva presenza di cocchi extra cellulari lanceolati, a fiamma di candela, appaiati a due a due e in alcune figure appaiati in maniera da toccarsi per i loro estremi affilati.

Mediante colorazione di pochi secondi con violetto di genziana fenicata e rapida decolorazione con alcool assoluto, i diplococchi hanno assunto un colorito violetta-scuro, dimostrandosi circondati da una capsula di color violetta-chiaro. Col metodo del Gramm i diplococchi si sono dimostrati grampositivi.

Le ricerche batteriologiche ci hanno permesso pertanto di dimostrare con sicurezza la presenza esclusiva di tipici pneumococchi, confermando la diagnosi di peritonite pneumococcica, incistata.

Nell'ulteriore periodo di degenza la paziente ha avuto sino alla decima giornata scarse elevazioni febbrili quotidiane (37,2-37,5). La cavità ascessuale dopo un breve periodo di abbondante secrezione,

andò rapidamente detergendosi e colmandosi tanto che in settima giornata furono tolti gli zaffi e la ferita fu medicata a piatto. In 19ª giornata la paz. lasciava il reparto completamente guarita.

L'esito della peritonite pneumococcica diffusa in peritonite circoscritta e in incistamento, è tutt'altro che insolito, anzi, secondo l'opinione ormai generalmente ammessa, le peritoniti pneumococciche circoscritte sono sempre secondarie, precedute da una peritonite diffusa della quale rappresentano, nei casi più favorevoli, una fase finale che migliora assai la prognosi. Disgraziatamente però tale esito non costituisce la regola, elevatissima essendo la mortalità nella fase di peritonite diffusa. Ma anche nella fase di incistamento, la mortalità, pur essendo assai minore in confronto di quella delle forme diffuse, resta sempre relativamente elevata tenendo anche conto dell'intervento operatorio che in queste forme viene quasi sempre praticato (33 % in 22 casi di Rohr; 33 % in 18 casi di Nové-Josserand). Tali percentuali variano però alquanto se noi consideriamo l'età dei pazienti. Vediamo infatti che lo stesso Rohr porta una mortalità del 10 % in 66 casi di peritonite circoscritta in bambini (7 % Jensen su 33 casi; 10 % Michaut su 22 casi). Riunendo tali dati e mettendoli in rapporto col fatto che l'esito in incistamento è di gran lunga più frequente nei fanciulli, troviamo che la prognosi è assai più severa per gli adulti che non per i bambini. Nel nostro caso invece, pur trattandosi di una donna di 41 anni, noi abbiamo avuto un decorso ed un esito assolutamente favorevoli, e tale fatto noi crediamo di poter mettere in rapporto con alcuni dati particolarmente caratteristici al nostro caso.

Noi vediamo infatti che nell'assoluta maggioranza dei casi di peritonite pneumococcica incistata, la suppurazione viene a delimitarsi nella regione compresa fra il pube e l'ombellico, sulla linea mediana, formando una raccolta a contatto della parete addominale anteriore, che è delimitata all'innanzi dal peritoneo parietale, in basso dagli organi del piccolo bacino, ai lati dal colon ascendente e discendente, in alto dal colon trasverso, posteriormente dal grande epiploon che si distende al dinanzi dell'intestino tenue che ricopre ed isola da tutte le parti (Bréchot e Nové-Josserand). La raccolta cioè, pur essendo da ogni parte delimitata, è sempre intraperitoneale. In queste condizioni, se non si procede all'intervento, l'evoluzione dell'ascesso e la fistolizzazione spontanea di esso attraverso la parete addominale, particolarmente all'ombellico, o nelle cavità naturali (vagina, vescica), si compiono lentamente in un periodo che varia da 30-40 giorni sino a 4 mesi. In un periodo così prolungato la morte è evenienza facile, sia per lo stato di cachessia al quale va incontro il paziente, sia ancora per le possibili complicazioni dovute al pneumococco (broncopolmonite, pleurite, pericardite, nefrite). Tali complicazioni rendono problematico l'esito anche quando l'intervento viene praticato, poichè esso per solito si effettua tardivamente, quando la raccolta si è sicuramente circoscritta, se non si vuol correre il rischio ancor più grave di intervenire su aderenze ancora imperfettamente formate, col pericolo di dar luogo ad una nuova peritonite diffusa.

Nel nostro caso invece l'evoluzione s'è compiuta in maniera ben diversa. L'infezione pneumococcica infatti, fattasi rapidamente strada attraverso il peritoneo in un punto declive, e cioè al disopra del pube (come è dimostrato dal tramite rinvenuto all'intervento), si è poi rapidamente estrinsecata al di fuori del peritoneo stesso, formando una raccolta nello spessore della parete addominale, già ben evidente in 20ª giornata, quando l'ammalata è capitata sotto alla nostra osservazione, e simulante perfettamente un ascesso della parete addominale.

Durante l'intervento non si è creduto opportuno approfondire l'indagine per stabilire i rapporti assunti dal tramite nella cavità peritoneale, e questo per evitare il pericolo di ledere qualche organo o di sorpassare qualche aderenza, ma certamente il tramite stesso doveva essere ormai separato dalla cavità peritoneale libera, da una barriera di aderenze neoformate, così che pur non essendo esatta per il criterio patogenetico la designazione di ascesso della parete, come tale si è comportata la raccolta ai fini terapeutici. È bastata infatti l'incisione della parete con svuotamento della raccolta, per portare rapidamente alla guarigione.

Questa forma di incistamento periferico ed assai localizzato del pus della peritonite pneumococcica, all'esame della letteratura sull'argomento appare in verità assai rara. Nové-Josserand ne riferisce tre casi: uno nel quale il pus s'era raccolto nella parte superiore della coscia simulando un'osteomielite dell'osso iliaco; un altro nel quale il pus s'era raccolto nella regione prevescicale, ed un terzo infine nel quale il pus s'era raccolto nella regione epatica simulando un ascesso della parete addominale.

Altro ascesso della parete addominale da

peritonite pneumococcica viene descritto nella tesi di Bension Entier. Anche in questo caso è bastata la semplice incisione della parete per portare rapidamente alla guarigione.

Per quel che riguarda dunque la nostra osservazione, abbiamo inizio e decorso del tutto tipici con dolori addominali, febbre, vomito e diarrea, ma esito in ascesso della parete addominale assolutamente atipico ed insolito.

Nei confronti della patogenesi, il nostro caso non ci ha offerto alcun dato di fatto sicuro. Muta è l'anamnesi per quel che riguarda affezioni acute precedenti l'insorgere della malattia (angina-polmonite), negativo l'esame obbiettivo a carico dei vari organi e apparati, negativo l'esame ginecologico se si eccettui la lieve dolenzia e pastosità del fornice anteriore della vagina e che deve mettersi in rapporto con il processo infiammatorio in atto nella parete addominale e al disopra del pube. La paz. non presentava di patologico che una dacriocistite all'occhio sinistro presente ormai da tre anni. Dato che il piccolo focolaio settico era liberamente comunicante con l'esterno e quindi sottoposto ad ogni possibilità di inquinamento, abbiamo creduto del tutto superfluo procedere all'esame batteriologico e culturale del pus da esso segregato. Non possiamo però in ogni modo escludere la possibilità di considerare la dacriocistite in atto come punto di partenza dell'infezione peritoneale.

Concludendo, se noi prendiamo in esame le diverse vie d'invasione che vengono chiamate in causa per l'insorgere della peritonite pneumococcica, possiamo fare per il nostro caso le seguenti considerazioni:

che la via trans-diaframmatica può essere esclusa per l'assenza di coesistenti lesioni pleuro-polmonari;

che la via genitale, pur non potendo essere esclusa, è discutibile per l'integrità degli organi genitali;

che la via intestinale è dubbia essendo anche negata da alcuni AA.

Resta la via ematica che noi crediamo più probabile nel nostro caso, sia che si pensi come punto di partenza alla dacriocistite, sia che si pensi ad un pneumococco presente nel sangue e fissatosi nel peritoneo dopo essere penetrato in circolo attraverso la bocca od il nasofaringe, dei quali è ospite abituale.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di peritonite pneumococcica incistata con esito in ascesso della parete addominale.

BIBLIOGRAFIA.

BENSION ENTIER. *Péritonite à pneumococques*. Thèse, Genève, 1921.

BRÉCHOT et NOVÉ-JOSSERAND. *Péritonites à pneumococques*. Journal de chirurgie, n. 4, ottobre 1931.

DIÉULAFOY. *Péritonite à pneumococques*. Clin. Med. de l'Hôtel Dieu, 1837, Tome I, 18ª leçon, p. 396.

HAGEDORN. *Peritoniti pneumococciche*. Brun's Beiträge z. Klin. Chir., 1925.

KRAFFT. *Péritonite à pneumococques*. Comunicazione al XXXI Congresso francese di Chirurgia, Parigi, ottobre 1922.

LENORMANT et LECÈNE. *Les péritonites à pneumococques*. Revue de Gynéc. et de Chir., a. 1905, IX, pag. 225.

PUCCINELLI. *Peritoniti acute*, 1924.

ROSSI e FUMAGALLI. *Peritoniti acute*. Relazione 39° Congresso Soc. Ital. Chirurgica, Roma, 1932.

WOLFSOHN. *Uber Pneumokokken peritonitis*. Zent. f. Ch., n. 46, 1930.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Le varie forme di convulsioni.

(C. NEWMAN. *Practitioner*, marzo 1933).

Le convulsioni rappresentano uno dei più impressionanti complessi sintomatologici delle malattie. Ma in realtà esse hanno un significato prognostico variabile. Ne hanno uno importante quando si verificano durante la maturità, ad eccezione dell'epilessia che, malgrado il pregiudizio popolare, non è malattia così grave.

In genere le convulsioni infantili non sono pericolose e destano poche preoccupazioni. La morte dei bambini in convulsioni ora figura nei certificati molto meno che per lo passato. Ciò si deve alla grande diminuzione del rachitismo e della meningite tubercolare, di cui le convulsioni rappresentano l'accidente terminale.

Le cause di convulsioni durante l'infanzia sono le seguenti:

1) Sifilide congenita. Le convulsioni si hanno solo nelle forme gravi ed hanno una fenomenologia imponente e colpiscono i bambini nei primi giorni di vita. La diagnosi etiologica è facile perchè i sintomi dell'affezione sono sempre rilevanti: esantema, epato-splenomegalia, dati anamnestici.

2) Forme enteriche accompagnate da diarrea e vomito, specie all'inizio delle forme acute e gravi.

3) Tutte le piressie, nelle quali la convulsione può rappresentare ciò che è il brivido per gli adulti. Le malattie nelle quali l'accidente si verifica più frequentemente sono la pulmonite lobare, la tonsillite e la pielite.

4) Rachitismo, specie nei bambini di un anno e mezzo a tre anni. I segni della rachitide non sono sempre evidenti e bisogna perciò ricercarli. Tra essi i più comuni sono il

pallore, le costole a rosario, l'ingrossamento dell'addome, l'ernia ombelicale.

5) Meningite, specie negli stadii tardivi di quella tubercolare.

6) Dentizione, fimosi, vermi ed altri fatti banali.

7) Tetania, che solo raramente è causa di convulsioni generalizzate.

Le convulsioni negli adulti hanno un significato molto più grave che nell'infanzia. Possono essere divise in due gruppi a seconda della conservazione o non della coscienza durante l'attacco.

La coscienza non è perduta solo: 1) nell'avvelenamento da stricnina e sostanze affini; 2) nell'epilessia jacksoniana; 3) nel tetano e 4) nella tetania.

L'avvelenamento stricnico è di facile diagnosi perchè: 1) le convulsioni sono provocate da ogni eccitazione esterna; 2) lo stadio clonico precede quello tonico, al contrario di quel che si verifica nelle convulsioni epilettiformi; 3) durante gli intervalli tra gli accessi la mascella si rilascia, al contrario di quel che avviene nel tetano.

L'epilessia jacksoniana è caratterizzata dal progresso regolare dello spasmo, che abitualmente è limitato ad una determinata parte del corpo.

Le convulsioni tetaniche sono caratterizzate dai fatti seguenti: 1) sono sempre precedute per qualche giorno da rigidità nucale e trisma; 2) le convulsioni rassomigliano a quelle dell'avvelenamento stricnico, meno che per la persistenza del trisma; 3) la temperatura è aumentata.

Nelle convulsioni da altre cause la coscienza può essere più o meno obnubilata o annullata del tutto. Le cause di convulsioni nelle quali si ha il disturbo dello stato di coscienza sono le seguenti:

1) epilessia, la cui diagnosi deve essere posta solo dopo eliminazione di tutte le altre cause convulsivanti. Di solito prima della comparsa delle classiche convulsioni si hanno accessi di piccolo male. L'accesso non è pericoloso, a meno che non prenda la forma di stato epilettico, che è costituito dalla successione di accessi subentranti.

2) La malattia di Stokes-Adams, molto rara, che è caratterizzata da cessazione o estrema lentezza del polso, coma, convulsioni per lo più delle parti superiori del corpo, intenso pallore che volge subito a cianosi.

3) Avvelenamenti da cocaina, alcool e piombo.

4) Emorragie cerebrali, nelle quali le convulsioni sono transitorie e sono accompagnate da coma, congestione del volto, paralisi.

5) Uremia, nella quale le convulsioni sono quasi sempre precedute da anoressia, cefalea, nausea, vomito, secchezza della lingua e coma con attacchi di asma.

6) Paralisi progressiva, che può rimanere ignorata fino a quando non compare d'improvviso una convulsione. Alcuni fatti somatici (anisocoria, rigidità pupillare, disuguaglianza dei riflessi, ecc.) che si rilevano dopo l'attacco, chiariscono la diagnosi.

7) Isteria, nella quale le convulsioni non hanno la caratteristica delle scosse che si hanno nell'epilessia. I movimenti sono più disordinati ed incomposti. Spesso l'incoscienza è più apparente che reale. Del resto è un accidente che va diventando sempre più raro.

8) Sindrome di Menière, che produce convulsioni poco apparentemente. Si tratta di movimenti violenti di raddrizzamento provocati dalla vertigine.

9) Ipoglicemia, nella quale le convulsioni sono dovute all'eccesso di insulina o a tumore del pancreas. L'ascesso è sempre preceduto da senso di debolezza e stanchezza, sudorazione, disordini visivi e coma. È interessante il fatto che viceversa il coma diabetico non è accompagnato da convulsioni.

10) Eclampsia gravidica, nella quale le convulsioni di rado si verificano senza segni premonitori, quali la cefalea, le nausee, i vomiti, i dolori addominali, gli edemi, l'albuminuria. L'accesso rassomiglia a quello epilettico, si ripete dopo breve intervallo, ed è per se stesso pericoloso. DR.

Le varie forme di coma.

(J. HENDERSON. *Practitioner*, marzo 1933).

S'intende per coma lo stato d'incoscienza che non può essere rimosso con i mezzi ordinari.

Può essere provocato da molte cause, di cui le principali sono: traumi cefalici, avvelenamenti, epilessia, uremia, diabete, acidosi, affezioni cerebrali (emorragia, trombosi, embolia, ascesso, meningiti, encefaliti).

Il *coma traumatico* è di facile diagnosi in quanto esso segue immediatamente i traumi del capo. Talvolta appare dopo qualche tempo in rapporto ad emorragie endocraniche tardive, ed allora la diagnosi si basa, oltre che sull'elemento anamnestico, sui caratteri sintomatologici che sono eguali a quelli del coma emorragico.

Tra gli stati comatosi da veleni esogeni sono praticamente importanti quelli da alcool e da oppio.

Il *coma alcoolico* raramente è completo e profondo ed è possibile tener desto il paziente in qualche modo, specie quando le pupille, che sono sempre eguali, appaiono dilatate. Il respiro è profondo ma non stertoroso, e la temperatura è subnormale. L'alito è alcoolico. La faccia è di solito congesta, spesso un po' cianotica, più raramente, verso la fase terminale, pallida. Il polso è piuttosto frequente, pieno e vibrato, per diventare poi piccolo e debole.

Il *coma da oppio* si stabilisce generalmente a poco a poco ed è preceduto da una profonda sonnolenza. La faccia è pallida, la respirazione ed il polso sono lenti, le pupille sono contratte spesso puntiformi. La temperatura è normale o subnormale. Talvolta l'alito ha il caratteristico

odore della droga, se questa è stata presa per bocca o fumata.

Anche negli stati comatosi determinati da altre sostanze *narcotiche* o *irritanti* l'alito può avere l'odore del tossico.

Il *coma ossicarbonico* si diagnostica in base alle circostanze nelle quali è trovato il paziente. In questi casi il fatto più caratteristico è la cianosi e nelle forme avanzate il colore rosso ciliegia della pelle.

Il *coma epilettico*, che segue all'accesso convulsivo, di solito è di breve durata, ed è di facile diagnosi. Il carattere della convulsione, la lingua ferita, le labbra sporche di sangue e di bava, la faccia congesta, il respiro profondo, spesso stertoroso, sono in genere elementi sufficienti. Gli arti sono rilasciati ma non paralizzati.

Lo stato epilettico è caratterizzato da coma persistente e convulsioni subentranti. È per lo più accompagnato da forte piressia e da notevole aumento della frequenza del polso e del respiro.

Il *coma isterico* è spesso preceduto da altre manifestazioni isteriche. In realtà non si tratta di un vero coma ma di uno stato sonnambolico catalettico. Si verifica per lo più in giovani donne, e diventa sempre più raro come la convulsione isterica. L'espressione mimica è molto caratteristica dando l'impressione di uno stato d'incoscienza in parte reale ed in parte volontario. La faccia è arrossata ma non cianotica, il polso è normale, il respiro può essere irregolare ma non stertoroso. Le pupille sono eguali e mobili, gli occhi rimangono aperti con i bulbi rivolti in alto. Si tratta insomma di un coma che si differenzia nettamente dagli altri stati comatosi, e che in fondo non è coma.

Il *coma uremico* può presentarsi improvvisamente e senza sintomi premunitori, ma quasi sempre è preceduto da prodromi: cefalea persistente, abbattimento progressivo, nausee o vomiti, scosse muscolari ed anche convulsioni. La respirazione è a tipo Cheyne-Stokes. La diagnosi è facile in base all'esame delle urine e del fondo oculare.

Il *coma diabetico* si stabilisce gradatamente ed è preceduto da cefalea, astenia, anoressia o vomito, fame d'aria. La respirazione può essere lenta e profonda, e nei casi acuti superficiale e frequente con polso rapido e debole. L'alito ha odore di frutta. La diagnosi è confermata dall'esame delle urine che rileva la presenza di glucosio e di acetone.

È bene tener presente che durante il trattamento insulinico la riduzione del trattamento glicemico oltre un certo limite può provocare disturbi vari che vanno fino al coma, il quale non si differenzia da quello diabetico. Da ciò la possibilità di errori fatali.

Il *coma apoplettico* ha caratteri comuni qualunque sia la lesione causale: embolia, trombosi o emorragia cerebrale. Si ha deviazione coniugata degli occhi, anisocoria, miosi o midriasi, rigidità pupillare. La faccia di solito è congesta, il polso è pieno, la pressione di solito alta, la respirazione può essere affrettata e rumorosa o del tipo Cheyne-Stokes. La temperatura è normale o subnormale. Di solito c'è la paralisi o paresi della faccia o di un arto dalla parte opposta alla lesione.

Il *coma da emorragia meningea* si ha in seguito ad un trauma cefalico, e si stabilisce a poco a poco dopo un periodo di latenza. Nel coma da emorragie del ponte si ha paralisi bilaterale o crociata, miosi marcata, notevole iperpiressia.

Nelle emorragie cerebellari il coma può essere incompleto ed è preceduto e seguito dai caratteristici disturbi da lesioni del cervelletto (atassia, vomito, vertigini, nistagmo, ecc.).

Per quel che riguarda la diagnosi differenziale tra l'apoplessia embolica, trombotica ed emorragica va notato che non sempre si può sintomatologicamente precisare la natura della lesione. Non mancano tuttavia elementi di differenziazione.

Nell'embolia l'accidente è il più improvviso e drammatico e non è preceduto da altri disturbi cerebrali. Per lo più si ha in individui affetti da vizi valvolari, da endocardite o da semplice debolezza cardiaca.

Nella trombosi invece di solito la condizione si stabilisce gradatamente, è ingravescente. Ne sono colpiti prevalentemente soggetti sifilitici anche giovani e si stabilisce anche nella calma completa, nel sonno.

L'apoplessia emorragica si verifica di solito in individui predisposti dall'arteriosclerosi o dall'ipertensione associate o non ad affezione renale cronica, e per lo più in seguito ad emozioni o sforzi. Quantunque l'emorragia possa verificarsi in tutte le parti del cervello, tuttavia la parte colpita di preferenza è quella capsulare.

Nei casi dubbi, e quando occorre l'effettiva diagnosi esatta della natura della lesione, si ricorrerà alla puntura lombare, che solo nel caso di emorragia darà esito a liquor ematico.

DR.

RENI E VIE URINARIE.

Infarto renale.

(DELLINGER BARNEY e ROSS MINTZ. *The Journal of the Am. Med. Ass.*, 7 gennaio 1933).

Gli AA. riassumono l'argomento ricordando: che l'infarto renale ricorre nei due sessi, in ogni età e più specialmente fra 30 e 50 anni; che spesso si presenta con febbre, sintomi urologici, nausee, vomito, dolore (che può interpretarsi come segno d'infarto completo); che l'urina è normale in 1/3 dei casi; che la diagnosi è difficile in rapporto a molte altre affezioni addominali acute. Ad ogni modo bisogna tener presente la possibilità di un infarto del rene, tanto più se l'ammalato soffre di endocardite con ipertrofia e dilatazione del cuore e arteriosclerosi estesa. Bisogna ricordare che ogni setticemia grave può dare infarti e che spesso i vasi del rene sono sede di trombi.

La prognosi dipende non dall'infarto in sè, ma dalle malattie che l'hanno prodotto: è quindi quasi sempre sfavorevole.

La cura, se la diagnosi è certa, consiste nella nefrectomia o nella cura delle condizioni che hanno provocato l'infarto.

Gli AA. quindi comunicano 5 casi d'infarti renali controllati con l'autopsia:

Il caso 1° riguarda una donna sofferente da anni di flebite di ambedue le gambe ed attualmente della gamba sin. e di vivo dolore nel fianco d. dove si palpa una massa che viene attribuita ad un ascesso perirenale. Si fa una decapsulazione che mostra il rene d. di grandezza metà del normale e con aderenze per cui si fa diagnosi d'infarto del rene. Dopo un brevissimo miglioramento a causa di un collasso polmonare d. viene eseguita una nefrectomia, dopo la quale l'insorgenza di broncopolmonite ed empiema portano a morte la paz.

All'autopsia si riscontra broncopolmonite d. ed ampia cavità empiematica; trombosi dei vasi di ambedue le gambe, delle arterie iliache, della vena cava inf. fino all'impianto della vena renale di sin., dei vasi pelvici e delle vene ovariche. Il sistema vascolare del rene appare invaso da infarti e al microscopio si nota completa degenerazione di tutti i tubuli e glomeruli. Dal cuore sin. si può coltivare lo *Streptococcus viridans* e dall'empiema lo streptococco emolitico.

Il caso 2° riguarda una donna con dolore all'emitorace d., vomito, emottisi, dispnea e improvviso dolore al lombo d. Una laparotomia esplorativa mostra aumento di vol. del rene d. La paz. muore dopo 9 giorni e all'autopsia si riscontra: endocardite e aortite valvolare ulcerativa, meningite purulenta, emorragia parenchimatosa dei polmoni e infarto del rene d.

Il caso 3° riguarda una donna sofferente di debolezza, dispnea, edema e gangrena delle gambe. Venuta a morte, all'autopsia si rivela: infarto incompleto del rene d. e infarto completo del rene sin. All'esame batteriologico si coltiva lo streptococco.

Il caso 4° riguarda un uomo con poliuria, dispnea, afasia, emiplegia d., edema generalizzato, anoressia, vomito e forti, costanti dolori nel quadrante inf. d. dell'addome.

Venuto a morte dopo 5 giorni, l'autopsia rileva infarti multipli del rene sin. e rene d. quasi totalmente infarcito.

Il caso 5° riguarda un uomo caduto da un carro che presenta ematuria, shoch e muore dopo 8 giorni. L'autopsia dimostra grosso infarto del rene d. e trombosi di tutti i vasi del sinistro.

SCANDURRA.

Periarterite nodosa: un caso interessante il rene.

(R. E. POWELL e PRITCHARD. *The British Journ. of Urol.*, n. 4, vol. IV, dicembre 1932).

L'A. fa osservare come siano pochi i casi pubblicati di periarterite nodosa, interessanti il rene, essendo spesso questi confusi con altre forme patologiche: ematuria essenziale, nefrite emorragica unilaterale, ecc. L'affezione sembra di natura infettiva, dovuta probabilmente ad un virus filtrabile. Pare infatti che negli animali si siano avute delle forme epidemiche e che l'iniezione di sangue di persone affette di arterite nodosa abbia causato in essi le tipiche alterazioni anatomo-patologiche.

L'arterite nodosa può verificarsi in qualsiasi età. Gruber riferisce un caso in un bambino di 2 mesi e mezzo e un altro in un uomo di 78 a. Più frequente fra i 30 e i 50 anni. Quattro volte più frequente nelle donne che negli uomini.

Il quadro generale della malattia è quello di una sepsi. Si può manifestare con segni locali e generali, lesioni vascolari, noduli dolorosi, dolori articolari acuti, ematurie, albuminuria, funzione renale lesa, ecc.

A volte la sintomatologia somiglia a quella del morbo di Addison. Spesso si ha un collasso improvviso dovuto ad emorragia.

L'esame del sangue all'inizio della malattia mostra una rilevante leucocitosi con frequente eosinofilia. La Reaz. Wassermann è negativa.

Tale affezione è stata erroneamente interpretata come morbo di Werlhof, tifo, tbc. miliare, polimiosite, arteriosclerosi con sclerosi renale, polineurite, ecc.; ma più frequentemente viene diagnosticata per nefrite emorragica. La difficoltà della diagnosi è dovuta alla mancanza di sintomi caratteristici.

Anatomo-patologicamente si ha una lesione delle arterie, specie le più piccole, limitata maggiormente alla media e all'elastica. Si distinguono 4 stadi:

1° stadio degenerativo iniziale;
2° » acuto infiammatorio;
3° » di granulazione;
4° » finale o di guarigione.

Nel terzo stadio può avvenire la rottura di un aneurisma o di arterie per cui si ha il quadro clinico di un'anemia acuta.

Gli stadi finali differiscono a seconda degli organi colpiti: si può avere rene contratto, cicatrice sul fegato, atrofia surrenale, ulcerazioni, ecc. La malattia può durare da 2 a 4 anni. La prognosi generalmente è infausta; la morte quasi sempre avviene per rottura di arterie o di aneurismi.

L'A. illustra un caso di un uomo di anni 50, che aveva avuto dolori all'emiscroto sin. e ripetute ematurie, per cui fu praticata la nefrectomia.

All'esame istologico del rene si sono mostrate le alterazioni anatomiche caratteristiche dei vasi renali, specie delle arterie di medio calibro.

Il paz. è guarito, ma ha avuto una miosite acuta durante la convalescenza.

S. SCANDURRA.

La prevenzione di gravi reazioni conseguenti a pielogrammi e ad operazioni sul rene.

(HOWARD L. CECIL. *The Journal of the American Medical Association*, 12 novembre 1932).

Da quando si è compreso che una pressione intrapelvica eccedente i 20 mmc. di mercurio è pericolosa e che con l'aumento della pressione il pericolo si accresce in proporzione quasi geometrica, si son potute prevenire molte reazioni susseguenti a pielogrammi.

L'A. constata che in questi ultimi tempi i decessi in seguito a pielografie sono divenuti molto rari, pur tuttavia reazioni gravi se ne presentano ancora specie in casi di infezioni acute, quando la pelvi è di grandezza normale o inferiore alla normale. Dopo i lavori di Himman e Lee-Brown sul reflusso pielovenoso, pare provato che una pressione eccessiva entro la pelvi renale rompe la mucosa, così che il liquido si versa nel sistema venoso. Se questo liquido è tossico, può financo determinare la morte.

Data la discordanza delle opinioni intorno al grado della pressione limite, pare opportuno tenere la pressione al disotto dei 20 mmc. di mercurio. Comunque l'iniezione nella pelvi renale non dovrebbe mai determinare dolore. Pericolosissima è la ipertensione del rene, tanto più quando si tratta di reni molto infetti. Anche se le soluzioni pielografiche possono essere iniettate impunemente in forti dosi per via endovenosa, non è provato che un'urina carica di batteri sia altrettanto innocua. Nella maggior parte dei casi l'infezione entra in circolo per la rottura di un calice. Non si può provare che così avvenga ma è logico supporlo.

V'è un altro caso pratico di reflusso pielovenoso, il quale ci consiglia la massima precauzione nelle operazioni di reni pionefrotici, specie se tubercolari.

Non si può negare che malgrado le più grandi precauzioni, in molti casi non si può impedire l'infezione. Si suole, per prevenire l'infezione della vescica legare l'uretere e quindi estirpare il rene. Ciò facendo però, se la pelvi contiene del pus e si esercita una forte trazione sul rene, la pressione intrapelvica viene grandemente aumentata e ne può risultare la rottura di un calice entro una vena (reflusso pielovenoso). Questa rottura causa naturalmente l'infezione del sangue che è gravissima e spesso fatale.

L'A. cita poi il dott. George Walter, il quale sconsiglia lo schiacciamento del rene. Egli consiglia una incisione addominale, la legatura e la sezione dei vasi, avendo cura di lasciar attorno ad essi una quantità sufficiente di tessuto, cosicchè vengano legati anche i vasi linfatici. Così le vie di comunicazione che collegano il rene coll'organismo vengono chiuse e il pericolo di infezione che si avrebbe spremendo del materiale attraverso i vasi viene eliminato.

L'A. passa quindi in rapida rassegna le osservazioni di Kelly e Burnam e di Hans Wildbols sui casi di tubercolosi miliare conseguenti ad operazioni renali, osservazioni che dovrebbero muovere i ricercatori allo studio della causa di quei fenomeni e della loro prevenzione.

Se non si sono avute un maggior numero di setticemie e tubercolosi miliari non lo si deve a prevenzioni prese, ma bensì al fatto che la pelvi non è perfettamente tesa sotto la pressione del materiale infetto e che la trazione non accresce la pressione al punto da determinare la rottura. Inoltre si sa che poche volte i bacilli tubercolari sono presenti nel rene e difatti la loro ricerca nelle urine raramente è positiva, anche quando il rene è sicuramente tubercolotico.

L'A. riporta poi tre casi suoi, due di setticemia da *bacterium coli* e uno di tubercolosi dovuti al suo giudizio all'aver trascurato il reflusso pielovenoso.

I primi due casi vennero a guarigione grazie ad opportuni interventi mentre il terzo finì con la morte per tubercolosi miliare dovuta ad una eccessiva pressione intrapelvica causata dalle difficoltà operatorie.

L'A. consiglia di vuotare la pelvi renale di tutto il contenuto mediante un ago od un catetere introdotto attraverso una piccola incisione nell'uretere, a monte della legatura, prima che venga fatta la nefrectomia.

A tal proposito descrive la tecnica per procedere allo svuotamento del pus o dell'urina contenuti nella pelvi renale evitando lo scolo di essi in campo operatorio e prevenendo così la possibilità di un reflusso pielovenoso. Anche in caso di calcoli che ostruiscono l'uretere bisogna prima di rimuovere l'ostacolo svuotare la pelvi dell'urina e del pus contenuti prima di procedere alle manovre sul rene stesso, per la pielotomia o la nefrectomia. SCANDURRA.

Epitelioma primitivo dell'uretere.

(E. DAVIS e A. SACHS. *Journ. of the Am. Med. Ass.*, 20 giugno 1931).

Gli AA. riportano un caso di un uomo di 80 anni che si lagnava di qualche po' di febbre e irritazione vescicale e che un anno prima aveva avuto crisi passeggere di ematuria, mentre gli esami urologici avevano rilevato solo una modica ostruzione prostatica e un ureterogramma aveva fatto sospettare un difetto di riempimento al disotto della cresta iliaca.

Dopo circa un anno s'erano avute febbri fino a 40°, minzioni frequenti e con bruciore e leggere ematurie che persistettero con varia intensità fino alla osservazione da parte degli AA., epoca in cui si riscontrava: modica ipertrofia prostatica senza ristagno vescicale, modica piuria, temperatura 37°,8; alla cistoscopia (dopo ematuria abbondante) dall'uretere d. urina chiara; col cateterismo dell'uretere sin.

urina chiara quando il catetere raggiungeva il bacinetto, e subito dopo getti sanguinolenti dall'uretere, ritirando il catetere fino al 3° inf. urina sanguinolenta fuoriuscente dal catetere stesso. L'esame dei reni non dimostrava niente di patologico; nessuna ombra sospetta nelle regioni renale e ureterale; ureterogramma d. normale, mentre l'ureterogramma sin. mostra un netto difetto di riempimento quanto una oliva a livello della 1ª vertebra sacrale e al disopra lieve dilatazione.

Diagnosticato un tumore ureterale sin., si consigliava la nefrectomia e l'ureterectomia completa, ma l'accettazione veniva prorogata. Dopo un mese, e per la durata di due giorni, insorgevano brividi, elevazione della temperatura a 40°,5, dolore acuto sul fianco sin., prostrazione estrema, cianosi, polso rapido e caduta della pressione. Il cateterismo ureterale sin. dava urina ematica, cellule di pus e bacilli. Seguiva un abbassamento di temperatura; dopo 5 giorni con anestesia al protossido di azoto si pratica la nefrectomia sin. Poichè il rene e il bacinetto apparivano macroscopicamente e microscopicamente normali e il malato per un anno non aveva presentato alcun sintomo, si prorogava a tempo indeterminato l'ureterectomia.

Un ureterogramma fatto tre mesi dopo l'intervento, mostrava il difetto di riempimento notato prima. Una cistoscopia eseguita 10 mesi dopo l'operazione fece vedere getti spasmodici di sangue dall'orificio dell'uretere nefrectomizzato. L'ureterectomia, con anestesia rachidea, mostrò un uretere normale tranne che all'unione del 3° medio con l'inf. in cui si notava un rigonfiamento fusiforme quanto un'oliva. Alla sezione si vedeva il tumore fissato per un sottile peduncolo alla parete post. e al disotto di esso un gruppo di piccole metastasi.

Istologicamente il tumore, originantesi dalla mucosa ureterale, era un epitelioma a cellule squamose papillari come quelle che s'incontrano nella vescica o nel bacinetto. Le cariocinesi erano molto rare.

SCANDURRA.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

J. S. COVISA (e collaboratori). *Modernos estudios sobre Dermosifiliografia.* Madrid, editore J. Morata, MCMXXXII, pp. 312, con 28 figure. Prezzo: Pes. 20.

Il presente volume è frutto dell'attività scientifica svolta durante il precedente anno accademico nella Clinica dermatologica di Madrid e nel reparto ospedaliero di S. Giovanni di Dio da parte del prof. Covisa e di un gruppo di suoi collaboratori. Una trentina di lavori all'incirca si susseguono nei quali sono trattati i più svariati argomenti di dermosifilologia, alcuni d'indole clinica e terapeutica vera e propria, altri maggiormente rivolti a ricerche sperimentali e di laboratorio.

Di notevole interesse ci sembra la prima serie di memorie: sulla morfologia delle malattie precancerose intese in senso molto, forse troppo, lato e dall'A. prof. Covisa suddivise in dermatosi attiniche (xeroderma pigmentoso, radiodermiti, ecc.): nevi: dermatosi meccaniche (cicatrici, leucoplasie e traumatismi secondarii, certi parassiti quali agenti di stati precancerosi come quelli che accompagnerebbero la bilarziosi vescicale, ecc.); dermatosi chimiche (ipercheratosi arsenicale, azione di sostanze coloranti sulla pelle, ecc., quelle provocate in certe professioni o mestieri dal catrame, paraffina, ecc.: *precáncer experimental,* dell'A.); sull'istiologia dei processi precancerosi; sulle forme superficiali degli epiteliomi cutanei; sulla radioterapia del cancro della pelle, forniti tutti di più o meno ampia documentazione bibliografica in cui non sono dimenticati gli autori italiani.

A questo primo gruppo omogeneo di lavori seguono, nel campo dermatologico, illustrazioni di casi clinici non comuni (epitelioma da raggi X su lupus eritematoso; miomi cutanei, un caso di cisti idatidee multiple, probabilmente primitive, del sottocutaneo; orticaria da freddo; pitiriasi rubra infantile, ecc.); studi d'insieme sulla patogenesi e trattamento della tubercolosi cutanea, sui moderni metodi di cura della lebbra; ricerche ed esperimenti sulla intradermoreazione in dermosifilografia, sulla reazione allergica alla tricofitina nei leprosi con una nota preventiva sui risultati terapeutici, sul metabolismo basale nell'area Celsi e nell'acne, sulla cura delle piodermiti col batteriofago, sul trattamento fisioterapico delle neurodermiti, sul comportamento globulare e la formula leucocitaria nel trattamento con raggi X; sulla cura della prurigine con l'irradiazione della milza, ecc.

Non meno largamente sfruttato è il campo della sifilologia e venereologia con buoni lavori sulla sifilide polmonare, sulla modificazione del liquido cefalorachidiano nella malarizzazione, sui risultati sperimentali e clinici della cura intradermica nella sifilide, sulla jodoterapia endovenosa ad alte dosi in sifilogra-

fia; sulla reazione di Müller modificata (M. B. R. II) nella siero-diagnosi della sifilide; sulla diagnosi biologica della blenorragia; sul trattamento specifico intradermico della epididimite gonococcica; sull'estiomene e suoi rapporti col sifiloma anorettale del Fournier.

Questa rapida enumerazione dei lavori più interessanti contenuti nel volume, ai quali è giustizia riconoscere in genere rigore di metodo e modernità di vedute, può dare una idea approssimativa della sua importanza come raccolta di notevoli contributi alle nostre conoscenze di dermatologia e sifilologia. Ad essa aggiungono pregio l'edizione corretta, se pure modesta all'apparenza, e le figure che illustrano il testo.

V. MONTESANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

O. UFFREDUZZI. *Trattato di Patologia Chirurgica Generale e Speciale*. Vol. I. Un volume di pag. 724 con 8 tavole policrome e 345 figure in parte a colori. Editore U.T.E.T., 1933. L. 85.

Come l'Uffreduzzi accenna nella prefazione, il contenuto del Trattato che oggi pubblica è formato colla materia del suo corso di insegnamento, da 20 anni a questa parte.

Ciò vuol dire, per una mente chiara e ordinata come quella dell'Uffreduzzi, scrivere ed esporre da Maestro sorretto da una esperienza didattica non comune, controllando, si può dire capitolo per capitolo, l'efficienza dell'illustrazione, adattando lo svolgimento alla minore o maggiore complessità dell'argomento, semplificando la trattazione ed evitando di lasciare zone d'ombra nello scibile di chi impara sul libro non dando niente per già acquisito.

Ne viene così una armonia nella esposizione e una chiarezza quale di solito non siamo abituati a incontrare.

In questo primo volume a un capitolo in cui sono esposte le dottrine sulle infezioni, sui tumori in genere e sui rapporti tra teoria della costituzione e patologia chirurgica, fa seguito la trattazione sulle malattie e i tumori delle ossa e delle articolazioni e alla fine del volume la patologia chirurgica degli organi della circolazione.

A questo primo volume ci auguriamo vengano rapidamente a seguire i volumi successivi in modo da colmare una lacuna importante nell'insegnamento della patologia speciale chirurgica in Italia, cui ora da più parti si tende a provvedere: l'Uffreduzzi per ora precede, e anche per questo gli va data ampia lode.

R. ALESSANDRI.

L. URBANI. *Statistica clinica ed operatoria*. Un volume in-4° gr. di pag. 185. Editore Marsili, Orvieto.

L'A. si limita soltanto a riferire la sua attività chirurgica in un anno di primariato agli Ospedali Riuniti di Roma.

Espone i casi con stile elegante, conciso, e con vero obiettivismo. Numerose fotografie dei pazienti, dei pezzi anatomici, e delle radiografie più interessanti, rendono ancora più viva e dinamica l'opera, il cui pregio è pure quello di essere generica.

In essa infatti sono toccati tutti i campi della chirurgia, compresa la neurologica, la estetica, la ortopedica, in cui l'A. dimostra speciale competenza.

Non sono trascurati poi neppure i *cosidetti* piccoli interventi, mentre a testimoniare la valentia del chirurgo e l'arditezza, figurano due « *antetoraco-entero-esofagoplastiche* » per stenosi cicatriziali, con esito felice.

Bene trattato, per quanto succintamente è il capitolo della preparazione del malato, dell'anestesia e delle complicanze dell'operato.

La chiara esposizione sulla organizzazione della sala operatoria, è la prima nota di tecnica, a cui ne seguono tante altre, e tanto più interessanti, quanto più attentamente si legge l'opera e quanto più chirurgico e critico è l'animo del lettore.

Considerazioni cliniche concise ma argute, completano molti dei casi riportati.

R. GRASSO.

G. PORTMANN. *Traité de Technique Opératoire Oto-rhino-laryngologique*. Vol. di 866 pag. con 467 fig. Ed. Masson, Paris.

In questo trattato Portmann espone la tecnica classica e quella sua personale degli interventi della specialità; nessuno dei metodi chirurgici più moderni è trascurato, pur non essendo dimenticate le operazioni più banali.

Per ciascun intervento il metodo d'esposizione è sempre uguale: definizione, indicazioni, controindicazioni, preparazione del malato, anestesia, strumentari, tecnica (illuminazione, posizione del chirurgo e degli aiuti, preparazione del campo operatorio) e infine l'intervento. Di questo sono descritti i vari tempi successivi, ciascuno dei quali è illustrato da una figura molto dimostrativa. Sono ricordati gli incidenti e le complicazioni operatorie, gli accidenti precoci e tardivi post-operatori, le cure post-operatorie.

I consigli pratici più minuziosi, la ricca iconografia e la sistematica esposizione, spoglia di tutto ciò che non sia utile e pratico, sono le caratteristiche che distinguono questo trattato e ne fanno apprezzare la reale utilità.

M. SILVAGNI.

H. P. CHATELIER. *Initiation aux examens courants de la gorge, du nez et des oreilles*. Volume di 324 pag., 152 fig. Ed. Masson, Paris. Frs. 50.

Il titolo del volume definisce già di per sè i limiti e gli scopi che l'A. si è imposti: iniziare cioè lo studente, lo specializzando agli

esami delle vie aeree superiori e dell'orecchio, indicando, con tutti i dettagli, la tecnica e la semeiologia principale. Tali dettagli sono le caratteristiche di questo manuale, in quanto essenzialmente pratici, precisi e minuziosi, sì che riescono di una chiara efficacia e utilità.

Due capitoli principali dividono la trattazione: l'uno concerne i consigli generali per gli esami otorinolaringologici e l'altro particolari a ciascun metodo di esame; dopo precisata infine la tecnica di questi, l'A. segnala brevemente i diversi aspetti che possono assumere le regioni sottoposte all'esame.

Il volume è corredato da numerose figure che lo rendono ancora più utilmente dimostrativo. M. SILVAGNI.

G. AXHAUSEN. *Beiträge zur Mund- und Kieferchirurgie*. Un vol. in-8ª di 117 pag., con 128 fig. G. Thieme, Leipzig, 1932. Prezzo RM. 12,60.

È questo l'82° fascicolo di un grosso trattato di odontoiatria (Deutsche Zahnheilkunde); iniziato da A. e J. Wittel ed attualmente diretto da O. Walkhoff, trattato che si pubblica per monografie redatte da specialisti. Il prof. Axhausen porta qui il contributo del suo lavoro di chirurgia della bocca e delle mascelle, all'Ospedale della Charité di Berlino, dove per tale branca è destinato fin dal 1930 un apposito padiglione. In esso, nel primo anno di esercizio, si accolsero 448 malati, su cui vennero eseguite 352 grandi operazioni riguardanti il sistema dentario, la cavità orale, la chirurgia dei mascellari, la plastica del viso, del naso, ecc.

Descrizione accurata del malato, della tecnica operativa, dei risultati, eccellenti fotografie di prima e dopo l'operazione, dimostranti la guarigione ed il ripristino di fisonomie euritmiche. *fil.*

A. BOULAND e L. LEBOURG. *Manuel de dessin dentaire*. III ed. Un vol. in-16°, di 104 pag. Masson e C.ie, Paris, 1932. Prezzo 15 fr.

Scopo di questo manuale essenzialmente pratico è quello di familiarizzare lo studioso di dentistica con il disegno anatomico dentario, il modellamento e la plastica che si esigono all'esame. Il disegno, di fatto, addestra la mano e tutti conoscono l'importanza del lavoro manuale in odontotecnica; esso inizia ai problemi dell'estetica e porta quindi un valido contributo alla protesi ed all'ortodontia.

Il disegno, come viene applicato dagli AA. ha inoltre grande importanza perchè aiuta a comprendere e ad interpetrare la radiografia, che è essa pure un metodo di proiezione.

Il volume è stato compilato soprattutto per la preparazione agli esami di odontotecnico. ma è utile per chiunque si occupi di tale materia. Molto chiare e significative le figure disegnate a tratti, nelle quali tutta l'anatomia dentaria viene ad essere passata in rivista in modo preciso e chiaro. *fil.*

Bollettino della Accademia medica Pistoiese « Filippo Pacini ». Anno V. Un vol. in-8° di 168 pag. Tip. A. Pacinotti. Pistoia.

Rinnovando le tradizioni della « Scuola medico-chirurgica pistoiese » che ebbe vita rigogliosa per circa due secoli e venne soppressa verso la metà del secolo scorso per dare impulso a quella fiorentina, il Prof. C. Cantieri ha fatto dell'Accademia pistoiese, che si intitola al nome glorioso di Filippo Pacini, un centro di studii e di attività scientifica. Ce lo attestano questi « Bollettini » (di cui questo è il V della serie) che si vengono pubblicando annualmente e che contengono studii pregevoli di notevole importanza pratica e scientifica. Ne citiamo alcuni contenuti nel presente volume: La solfoterapia del diabete mellito (C. Cantieri). La galattoforite e le sue conseguenze sull'allattamento (S. Magni). L'opera del medico contro gli aggressivi chimici in guerra (L. Capecchi). Il trattamento medico delle paralisi infantili (P. Palagi).

Di parecchi altri lavori, pure presentati all'Accademia e pubblicati in altri periodici, troviamo qui il sunto. Da ultimo, un ricco ed interessante notiziario. *fil.*

DIVAGAZIONI

La fisiologia della circolazione cerebrale.

La fisiologia della circolazione cerebrale quantunque sia stata oggetto di studi numerosi ed accurati presenta ancora punti oscuri. È un problema di alto interesse perchè si ricollega alla conoscenza del meccanismo di alcuni stati psicofisici, nonchè di svariate condizioni patologiche.

Una delle particolarità della sanguificazione dell'encefalo consiste nel fatto che essa si svolge in una scatola a pareti rigide, inestensibile, che è costituita non solo dalle ossa craniche, ma da quella membrana dura, fibrosa che è la dura madre.

L'apporto di sangue arterioso produce un aumento della massa encefalica che non può essere compensata se non da una corrispondente fuoriuscita dal cranio di sangue venoso e di liquido cefalo-rachidiano.

Mosso mise in evidenza le pulsazioni sincrone delle carotidi interne e delle giugulari. L'uscita del sangue venoso corrisponde esattamente all'arrivo del sangue arterioso nel cervello.

Richet e Queckenstedt dimostrarono con uno speciale dispositivo che ad ogni apporto di sangue arterioso nel cervello corrisponde un deflusso del liquido cefalo-rachidiano dal cranio nel rachide, deflusso che aumenta quando si ostacola la circolazione venosa endocranica, comprimendo le due giugulari.

Il deflusso di sangue venoso e di liquor non compensa completamente l'apporto di sangue arterioso. Ad ogni sistole arteriosa si ha una espansione del cervello, cui segue una contrazione progressiva con la diastole. Analogamente l'espirazione determina un aumento di volume dell'encefalo, e l'inspirazione una diminuzione.

Ancora più complesse e ancor meno definite sono le condizioni vasomotorie della circolazione cerebrale.

Innanzi tutto è a rilevare come sia ancora incerta l'esistenza di un'innervazione dei vasi cerebrali.

I dati istologici e fisiologici sono al riguardo tutt'altro che conclusivi.

La maggioranza dei ricercatori non è riuscita mai a mettere in evidenza fibre nervose in vasi cerebrali pur avendo adoperato tutti i metodi di colorazione. Solo Stöhr recentemente mediante l'impregnazione argentica ottenne dei risultati positivi, che sono stati poi contraddetti.

D'altra parte le sostanze simpatotoniche non provocano alcuna reazione vasale nel cervello: l'adrenalina e l'efedrina non determinano costrizione delle arterie cerebrali.

Ed allora si è pensato che le reazioni dei vasi cerebrali ad alcuni stimoli meccanici, elettrici, termici, chimici (l'acetilcolina ad es.) sia l'effetto di un'eccitazione diretta delle fibre muscolari della parete vasale.

Mentre alcuni autori ammettono che l'innervazione esiste solo per i grossi tronchi della base e che vada esaurendosi con le successive ramificazioni. Il che importerebbe che la eccitazione nervosa sarebbe risentita dall'ultime ramificazioni vasali non direttamente, ma per contraccolpo.

Sta di fatto che la clinica dimostra come i vasi cerebrali hanno una propria motilità. Le sindromi da spasmi vasali cerebrali sono ora abbastanza definite. E questo dato di fatto è confermato dalla chirurgia attraverso i rilievi fatti nei craniotrapanati, e dall'oftalmologia attraverso gli esami del fondo oculare.

La circolazione cerebrale subisce modificazioni in diverse condizioni fisiologiche.

Non è dubbio che la stazione verticale determina un minore afflusso di sangue al cervello, che se non è risentito dai sani, si manifesta clinicamente negli anemici e nei convalescenti con vertigini, disturbi visivi, palpitazioni e persino deliquii.

L'esperienza fisiologica (Richet e Salathé) ha dato ragione del meccanismo di formazione di questi fenomeni, che sono essenzialmente legati all'anemia cerebrale improvvisa.

Viceversa la posizione orizzontale o a testa in giù produce disturbi congestizii: cefalea, ronzii, arrossamento della faccia. Questi fenomeni sono dovuti all'apporto di sangue al cervello. In effetti il polso cerebrale si fa più forte e i vasi encefalici si dilatano.

È stato notato che nel sonno il polso cerebrale diventa debole e la superficie cortico-meningea diventa pallida. Da questi fatti si dedusse che il sonno era una conseguenza dell'anemia cerebrale.

Attualmente si dà a questo fatto il semplice valore di un concomitante o dell'effetto del sonno.

Sotto l'influenza dell'attività intellettuale la pulsazione della carotide interna aumenta sensibilmente, il che sta a dimostrare che il corso del sangue nelle sue branche terminali diventa più facile. L'iperemia cerebrale aumenta proporzionalmente all'intensità dell'attenzione.

Per quel che riguarda l'influenza delle emozioni sulla circolazione cerebrale è a ricordare che Mosso sostenne l'opinione che la paura determina una vasodilatazione dei vasi cerebrali ed una vasocostrizione di quelli periferici. La maggiore irrigazione del cervello lo renderebbe più pronto e più abile nella reazione difensiva.

Gli studi su questo argomento sono stati ripresi, ma gli autori che se ne sono occupati non concordano tutti nelle conclusioni.

Adunque il meccanismo della circolazione

cerebrale presenta tuttora incognite considerevoli. Tuttavia la sua importanza sulle funzioni dell'encefalo deve essere rilevante. La clinica insegna che fatti ischemici o congestizii di portata limitata per intensità, diffusione e durata provocano disordini sensitivi e motori più o meno persistenti. Da ciò si può legittimamente inferire che le modificazioni dell'apporto totale devono provocare variazioni nella capacità intellettiva ed anche nella condotta.

argo.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia delle Scienze Medico-Chirurgiche di Napoli.

Seduta del 29 dicembre 1932.

Presidente: Prof. G. Boeri.

Periviscerite addominale destra e rivendicazione patogenetica. Contributo della Scuola Napoletana allo studio di queste affezioni.

G. Castronovo. — L'O. fa presente la frequenza di tale forma morbosa, la cui patogenesi è stata da lungo tempo illustrata dalla Scuola Napoletana, fin da quando trent'anni fa Boeri mise bene in luce sperimentalmente la grande mobilità difensiva epiploo-omentale ed in seguito si soffermò sulle periviscerite in genere e su quelle sottoepatiche e protozoarie amebiasiche in particolare.

Ne illustra tre casi, scelti fra i molti da lui osservati. Ne descrive le vicende, ora ad origine sottoepatica con diffusione peritiflocolitica, ora a punto d'insorgenza appendicitico e successiva diffusione pericolecistitica e peri-piloro-duodenale, e richiama suoi precedenti studi che illustrano i rapporti funzionali, a base della patogenesi di queste forme. In detti studi egli ha additato ripetutamente e sostenuto l'interdipendenza di alcune affezioni infiammatorie degli organi dell'addome destro e spiegato la loro genesi mercè i vincoli funzionali, umorali, vascolari e peritoneali e le diverse vie d'ixus e renixus dei germi causali, le quali, in particolare nel lavoro sulle periviscerite sottoepatiche ed in quello sull'epiploo-appendicite retrograda, sono minutamente additate e descritte.

Dopo lunga disamina dei contributi di altri AA., conclude affermando che esiste interdipendenza, non solo funzionale, ma protettiva ed altresì patogenetica tra gli organi viscerali di destra dell'addome, messi sotto lo stesso usbergo della sierosa peritoneale; da ciò le frequenti tappe, sia prossime sia lontane, di affezioni in rapporto con locali periviscerite, dovunque esse sorgano quali conseguenze d'infezioni partenti di solito dalla mucosa più vicina.

Queste varie migrazioni di germi e successioni morbose sogliono effettuarsi secondo qualcuno dei tre meccanismi patogenetici su cui da molti anni l'O. ha insistito, e cioè le correnti vascolari e linfatiche, percorse dai microrganismi, e quelle altre umorali che si muovono in superficie, in armonia con il mobilitarsi delle difese della sierosa peritoneale, difese che sono anche meccaniche locali, fino all'accorrere dei lembi mobili omentali ed epiploici dove maggiore è il pericolo, non altrimenti di quanto Boeri ottenne sperimentalmente sugli animali.

Non può quindi negarsi agli AA. della Scuola Napoletana la priorità di aver richiamato da gran tempo l'attenzione su queste forme cliniche viscelitiche e periviscelitiche del lato destro dell'addome a localizzazioni multiple e sul loro meccanismo di produzione, che rispecchia anche quello che si va dimostrando sulla propulsione e retropulsione delle cellule blastomatose rispetto al senso delle correnti sanguigne e linfatiche.

Tutto ciò, se riguarda alcuni particolari storici e patogenetici intorno a questo vasto e nuovo capitolo delle periviscerite, non menoma il valore delle ricerche di altri AA., ignari delle indagini della Scuola Napoletana e tuttavia convergenti nelle stesse conclusioni. È merito di Leotta di aver richiamato l'attenzione sulle stesse interdipendenze funzionali e patogenetiche, fornendo una vasta documentazione clinica, radiologica ed operatoria ed additando contemporaneamente la grande via esplorativa e curativa di queste complesse affezioni. Tuttavia un piccolo divario patogenetico separa le vedute dell'O. da quelle di Leotta, circa l'eventualità frequente, secondo Leotta, nelle periviscerite duodenali e gastriche, di determinare ulcerazioni della mucosa corrispondente. Le osservazioni, fatte da Leotta, che in alcuni casi esistono lesioni della sierosa e della muscolare, a mucosa integra, non depongono in modo assoluto per questa genesi, essendo ancora assai varia e dibattuta l'etiologia dell'ulcera gastrica e duodenale, mentre si stima più protettivo che aggressivo l'ufficio della sierosa rispetto ai visceri che veste; tanto più che si conosce con quanta facilità le lesioni ulcerative di questi tratti possano andare soggette a riepitelizzazioni, in pieno accordo con le tregue che si registrano nelle successioni dei fatti morbosi dell'addome destro, sulle quali anche di recente ha assai insistito Paolucci. Con il quale l'O. concorda a pieno nel prudente governo delle aderenze periviscerotiche, non solo perchè queste si riformano spesso in misura anche più vasta, ma anche per non trascurare la parte che può assumere, negli interventi sbrigliativi e mutilanti, il microbismo latente; la quale ultima considerazione spiega, in qualche caso, l'insuccesso operatorio anche nelle mani più esperte ed anche in condizioni apparentemente buone dell'infermo.

Seduta del 28 gennaio 1933.

Presidente: Prof. G. Boeri.

Chemoterapia della tubercolosi polmonare.

G. Cicconardi. — L'O. espone una modificazione dell'auroterapia della tubercolosi, già da lui attuata da oltre dieci anni, consistente in una aggiunta di urea al preparato da iniettare. L'O. adopera il Triphal, che scioglie in una soluzione di urea al 20 %.

Gli è stato così possibile trattare ammalati di tbc., oltre che polmonare (in fase iniziale e nelle forme produttive), anche delle sierose e delle ghiandole, ottenendo notevoli vantaggi. Inoltre si è servito di tal metodo anche come cura sussidiaria o collaterale negli interventi collassoterapici e nelle cure sanatoriali. Alcuni casi di guarigione clinica permangono da oltre sette anni.

L'O. pensa che allo stato attuale l'auroterapia, e meglio ancora l'auro-ureoterapia, abbia acqui-

stato un posto di diritto — sebbene di secondo ordine — nella cura della tubercolosi polmonare.

Ricerche sperimentali sulla patogenesi dell'infezione tetanica.

R. PALMA. — L'O. nell'intraprendere le ricerche è partito dall'osservazione clinica di una portatrice di b. del tetano, nella quale è riuscito ad isolare il germe da due accessi sottocutanei di origine ematogena. Egli si è proposto di ricercare le condizioni che possono favorire la localizzazione periferica dei b. del tetano iniettati da soli o in unione con altri germi (stafilococco, b. coli) direttamente nel circolo sanguigno. A tale scopo negli animali provocava un ascesso chimico mediante iniezione di olio essenziale di trementina nei muscoli di una delle cosce.

In base ai risultati dei suoi esperimenti l'O. conclude che la presenza nell'organismo di un focolaio ascessuale può agire da fissatore dei b. del tetano liberamente circolanti, che altrimenti sarebbero inoffensivi; e che vi sono lesioni anatomiche (ascessi chimici) che hanno il potere di fissare i germi liberamente circolanti nel sangue, ma non sono capaci di richiamare *in situ* i batteri (b. del tetano) esistenti allo stato latente negli organi interni.

Società Lombarda di Medicina.

Seduta del 10 marzo 1933.

Presidente: Prof. LUIGI ZOJA.

Sul valore della determinazione del pH del succo gastrico per la diagnosi di ulcera duodenale.

G. C. TORRI. — Partendo da studi di Kauftheil e Porges i quali vennero alla conclusione che il riscontro di un'iperacidità è un mezzo prezioso per la diagnosi di ulcera duodenale, l'O. studiando 324 casi è giunto alla conclusione che la determinazione del pH nel succo gastrico dopo pasto di prova di Ewald-Boas, quando sia uguale all'1-1,2, è probativo per ulcera duodenale; un'acidità normale o subnormale rende inverosimile la presenza di un'ulcera attiva e non complicata. Un'acidità normale od una subacidità in casi radiologicamente sicuri di ulcera duodenale rende evidente il sospetto di una stenosi.

Discussione: FORNARIO, FOÀ, FERRATA, GREPPI, ZOJA.

L'azione diuretica dell'ormone tiroideo nella cirrosi epatica con ascite.

G. PELLEGRINI. — Si è somministrata sostanza tiroidea e tiroxina a soggetti normali e cirrotici epatici con ascite. Nei soggetti normali in rapporto con tale intervento si è manifestato un aumento della percentuale della sieroalbumina e della pressione colloido-osmotica, non è stata evidente in tutti i casi un'azione sulla diuresi. Nei cirrotici epatici non gravi si è verificato pure un aumento notevole della sieroalbumina e della pressione colloido-osmotica. Nei cirrotici molto gravi tali azioni sono invece mancate completamente. Viene prospettato l'interesse terapeutico e teorico di tali reperti; si pone il problema dell'interesse di tali fatti per giudicare dello stato funzionale del fegato.

Discussione: ZOJA, FOÀ.

Trombosi interatriale e meccanismi rari di embolia.

G. SUPINO. — Riferisce il caso di un individuo di 58 anni, in cui la diagnosi clinica era di infarto polmonare e di emiplegia sinistra. All'autopsia fu confermata la diagnosi clinica, ritrovandosi nel cervello un vasto focolaio di rammollimento ischemico del centro semiovale destro interessante i nuclei della base e della sostanza grigia della regione rolandica. Esisteva anche apertura del forame ovale nel setto interatriale del cuore attraverso il quale passava un grosso trombo sporgente nei due atrii, e perciò si spiegava il meccanismo della rara embolia.

Studi sulla circolazione encefalica.

COLOMBI e SACCHI. — Coll'iniezione di adrenalina nella carotide la pressione del liquor dimostra un iniziale aumento che precede quello della femorale; in secondo tempo parallelamente a questo si ha un nuovo innalzamento della pressione del liquor.

Le prove con i farmaci vasodilatatori hanno costantemente dimostrato una dilatazione attiva dei vasi cerebrali. Le soluzioni ipertoniche introdotte endovena determinano un'ipotensione arteriosa che si accompagna ad un lieve ed iniziale abbassamento della pressione del liquor cui segue un aumento netto di non lunga durata; la pressione stessa poi raggiunge valori inferiori a quelli di partenza.

Discussione: ZOJA, DONATI.

Casi di intolleranza per idrati di carbonio o di anafilassi per il calcio?

GILARDONI. — Riferisce di due casi trattati dapprima con iniezioni endomuscolari di gluconato di calcio e poi con iniezioni endovenose del medesimo preparato con insorgenza di crisi di brivido seguito da febbre alta, cefalea e defervescenza con febbre alta. Esprime l'idea che si tratti di fenomeni simili a crisi anafilattiche.

Studi sulla glicoregolazione. II. Glicoregolazione e metabolismo dei carboidrati negli ipertiroidei.

GERBI. — L'O. giunge alla conclusione che l'ipertiroideo ha metabolismo degli idrati di carbonio normale mentre ha accentuate alterazioni del meccanismo glicoregolatore; per questo e non per quello la sua glicemia raggiunge valori alti e talora si ha glicosuria. Queste e non quello vengono influenzati da interventi terapeutici medici, fisici, chirurgici, portati sulla tiroide.

Discussione: BERGAMI, FOÀ, ZOIA, GREPPI.

Rapporto globuli rossi-stroma e stato di attività eritropoietica.

PAOLAZZI e COLANGIULI. — Lo stroma mostra un comportamento che merita l'interesse di uno studio sistematico. Il rapporto tra globuli rossi e stromi nelle soluzioni ipotoniche ha grande importanza come indice dell'attività eritropoietica e segue di pari passo l'andamento dell'eritropoiesi e dell'emolisi, essendo un ottimo aiuto per giudicare di questi due opposti processi poichè nelle soluzioni ipotoniche gli stromi dei globuli rossi vecchi vengono disciolti mentre rimangono quelli dei globuli rossi giovani.

Discussione: FOÀ, GREPPI.

Il Segretario.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 19 gennaio 1933.

Osservazioni sopra un caso di discondroplasia.

Dott. L. Giuntini. — Un caso di discondroplasia (morbo di Ollier) seguito per tre anni consecutivi dal giorno del suo inizio ad oggi viene presentato dall'O. con documentazione radiografica ed istologica. Si ricordano le principali caratteristiche della forma morbosa ed alcune considerazioni di indole clinica cui si presta l'esame del caso.

Sugli effetti immediati della paratiroidectomia nel morbo di Buerger e nella endoarterite diabetica.

Prof. P. Bastai e Prof. G. C. Dogliotti. — Gli OO. hanno fatto praticare la paratiroidectomia parziale in due casi di m. di Buerger e in un caso di endoarterite diabetica, nei quali avevano precedentemente dimostrato una sensibile ipercalcemia e spostamento simpaticotonico nel rapporto K Ca. Gli effetti immediati sono stati la caduta della ipercalcemia e la scomparsa del dolore. Mettendo quest'ultimo fatto in rapporto con la caduta della calcemia interpretano il fatto nel seguente modo: la aumentata funzione paratiroidea porta alla ipercalcemia la quale stimolando il simpatico, provoca vasocostrizione. Un altro fattore vasocostrittivo è rappresentato dalla iperadrenalinemia provocata ugualmente dalla stimolazione simpatica dovuta alla ipercalcemia. Nel caso della endoarterite diabetica gli OO. suppongono che esista antagonismo funzionale tra pancreas e paratiroidi.

Seduta del 16 febbraio 1933.

Contributo allo studio della cosidetta "mammella sanguinante".

Dott. T. Greco. — L'O. ritiene anzitutto che non si debba continuare a parlare di « mammella sanguinante », giacchè molte e varie sono le affezioni della mammella, nelle quali tale sintoma può riscontrarsi. Espone quindi lo stato attuale dell'argomento e porta il contributo personale di due casi. Conclude infine che, di fronte al sanguinamento di una mammella, escluse le forme eccezionali che possano produrle, si debba pensare al « tumore vegetante intracanicolare », (secondo Lecène), come la causa più frequente di esso. Tale forma morbosa deve essere considerata come una malattia precancerosa; tuttavia l'operazione radicale sarà indicata solo quando il decorso, lo stato generale, i caratteri della tumefazione e specialmente la reazione gangliare, facciano realmente sospettare la malignità in atto del processo. Negli altri casi sarà possibile invece l'operazione conservativa, salvo il controllo di un esame istologico completo ed accurato.

Sindrome allucinatorio-eclamptica in corso di chetosi diabetica.

Prof. A. Terzani. — L'O. riferisce il caso di una donna di 51 anni entrata in Ospedale con crisi convulsive generalizzate e con fenomeni di allucinazione. Glicosuria notevole, iperglicemia e acetonuria richiesero un pronto intervento in proposito.

La insulinoterapia fece regredire completamente il quadro morboso.

Il Segretario: P. Niccolini.

Società di Coltura Medica Novarese.

Seduta del 2 febbraio 1933.

Presidente: Prof. Paolo Pietra.

Dott. V. Gallina. — *Sul trattamento delle lussazioni del semilunare del carpo.*

Discussione: Prof. Armani.

Considerazioni sulla cura delle artriti gonococciche.

Prof. P. A. Meineri. — L'O. parla della necessità di curare localmente l'affezione blenorragica nei casi complicati di artrite gonococcica.

Il prof. Ferrero accanto alla cura locale, insiste sulla necessità che precocemente venga istituita la trazione a pesi sull'articolazione colpita, la qual trazione corregge la posizione difettosa di flessione e calma rapidamente i dolori.

Il prof. Armani chiede quale sia l'idea dell'O. sulla Roentgenterapia precoce, a piccole dosi (con la tecnica del Milani). Personalmente ne ha trattati solo tre casi, di cui due con risultato ottimo.

Il prof. Pietra crede che il miglior trattamento dell'artrite gonococcica sia quello che deriva dall'associazione dei vari metodi terapeutici: cure locali, trazione a pesi, cure generali mediche, vaccinazione, ecc. poichè l'artrite gonococcica è appunto espressione della diffusione di un processo locale infettivo.

Il prof. Capuani ricorda le discussioni circa la natura dell'artrite gonococcica considerata da vari autori come dovuta ad associazione del gonococco con altri germi.

La funzionalità gastrica nei vecchi.

Dott.ri D. Cantone e P. Croce. — Gli OO. hanno studiato il comportamento della secrezione gastrica per mezzo del sondaggio prolungato a digiuno e dell'estrazione frazionata della colazione di Ewald in 52 individui (26 uomini e 26 donne) dai 60 ai 90 anni che non presentavano alcun disturbo a carico dello stomaco.

I risultati ottenuti hanno dimostrato che nei vecchi esiste una tendenza all'achilia (29 % dei casi) ed all'ipocloridria (25 % dei casi) che è tanto più frequente quanto più avanzata è l'età dei soggetti ed è indipendente dal sesso, dall'arteriosclerosi ed anche dall'uso di bevande alcooliche.

Ritengono pertanto che la causa di questa deficienza di funzionalità sia da ricercarsi nell'involuzione senile dell'organo.

La reazione di Sciarra nella paralisi progressiva.

Dott. L. Cabitto. — L'O. esperimenta la reazione di Sciarra nella paralisi progressiva trovandola spesso positiva là dove la R. Wassermann risulta negativa. Ritiene che la R. Sciarra sia assolutamente specifica per la lue e che il suo responso sia specialmente importante nelle forme di lue con scarsa reazione difensiva dell'organismo e nelle forme cosidette « quaternarie ».

Il Segretario: Dott. Luigi Ferrero.

☛ ***In uno dei prossimi numeri pubblicheremo:***

IL PRINCIPIO TELEOLOGICO NATURALE NEL PROCESSO DI RIPARAZIONE DELLE FRATTURE

Prolusione del Prof. R. Brancati

Direttore dell'Istituto di Patologia Chirurgica della R. Università di Parma.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Influenza della temperatura sulle crisi di asma.

Pasteur Vallery-Radot e C. Mauric (*Presse médicale d'Egypte*, 1 genn. 1932) studiando l'influenza della temperatura sulle crisi di asma dell'adulto hanno trovato che alcuni sono indifferenti alla ipertermia provocata; altri, invece, vi reagiscono, p. es., con scomparsa delle crisi quando la temperatura raggiunge i 38°.

Qualunque sia la causa per cui agisce l'ipertermia, i suoi effetti non possono essere duraturi che se tale ipertermia è mantenuta da una causa naturale, mentre invece quella provocata non ha che un effetto transitorio.

Tanto l'una che l'altra, però, arrestano nella maggior parte dei casi le crisi di asma subentranti; occorre però che si raggiunga un certo grado termico, variabile secondo l'individuo. *fil.*

Terapia dell'asma.

Una vera guarigione dell'asma è assai dubbio che possa effettuarsi, anche se il paziente è rimasto per molto tempo senza sintomi asmatici.

Di 1074 casi curati molti anni fa, solo 131 appaiono oggi veramente guariti: e cioè, soltanto il 12 %.

Perchè — si domanda M. Rackemann (*The Arch. of intern. Medic.*, n. 6, vol. 50, 1932) — la cura è così difficile, i risultati così scarsi? Perchè l'allergia è persistente: e l'organismo allergico non soltanto è capace di reagire in modo speciale, ma è capace di sensibilizzarsi per nuove sostanze, quando le vecchie siano state individuate ed eliminate.

Le sinusiti — e in genere i « foci » infettivi — hanno certamente importanza notevole, ma non assoluta, nel senso che la loro rimozione non è necessariamente causa di guarigione, e questa, viceversa, può ottenersi, pur restando attivi i focolai di infezione.

È dunque nel combattere la « capacità di sensibilizzarsi » dei tessuti, che risiede la difficoltà e il segreto della cura dell'asma.

V. SERRA.

La stanza priva di allergeni in casa del malato.

M. I. Gutmann (*Münch. Med. Woch.*, 3 febbraio 1933) rileva come assai spesso accada che individui affetti da forme allergiche (asma bronchiale, pollinosi, emicrania, ecc.) resistenti a qualsiasi trattamento specifico o aspecifico, si dimostrino assai avvantaggiati dal soggiorno in ambienti privi di allergeni. Se ciò talora è possibile ottenere con la permanenza in località adatte (montagna ad es.) e talora soltanto con l'allontanamento dal luogo solito di vita, assai spesso le condizioni contingenti impediscono al malato di abbandonare il suo ambiente. Si è cercato allora di creare nella stessa abitazione del malato un locale nel quale egli possa vivere almeno molte ore del giorno al riparo delle cause nocive.

I requisiti a cui tale locale — che sarà adattato a stanza da letto del malato — deve rispondere, sono i seguenti: esso deve essere asciutto al massimo possibile: sceglieremo quindi la stanza più riparata della casa, non importa se piccola; il mobilio e le suppellettili saranno il più semplici possibile: il pavimento sarà coperto di linoleum, le pareti prive di carta e imbiancate a calce, il letto sarà di ferro; le coperte di lana e i materassi di Kapok — nei quali sarà stata provata la mancanza di allergeni — saranno accuratamente puliti ogni settimana. Il riscaldamento sarà ottimo, possibilmente centrale o con stufa esterna, e ogni settimana per qualche ora la stanza sarà fortemente riscaldata in modo da privare tutti gli oggetti dell'umidità, allo scopo di impedire la vegetazione di muffe che sono tra i principali produttori di allergeni.

Il problema più difficile è quello di provvedere la stanza di aria priva di polvere: un ventilatore spingerà aria filtrata nella stanza sotto una modica pressione, in modo da impedire la penetrazione attraverso le fessure della porta o delle finestre di aria inquinata dall'esterno. Cominciano ora ad essere messi in commercio alcuni apparecchi atti a fornire all'aria di tali ambienti un giusto grado di umidità.

Come si vede tale adattamento di una stanza a locale privo di allergeni non è cosa eccessivamente difficile nè costosa: assai spesso con questo metodo si otterranno ottimi risultati.

PUDDU.

L'urticaria.

La cute normale, osserva W. N. Goldsmith (*Practitioner*, marzo 1932), reagisce alla strofinazione con rossore locale più o meno intenso; se al rossore si unisce gonfiore della cute si ha l'urticaria factitia o dermografismo. La stessa reazione si può avere per soffio di aria, per un pizzicotto, per grattamento, per freddo, per applicazione di corrente faradica o galvanica.

La risposta allo stimolo è triplice: *a*) dilatazione dei piccoli vasi cutanei locali; *b*) dilatazione dei vasi vicini per riflesso nervoso; *c*) aumentata permeabilità vasale, per cui edema o ponfo. Secondo Lewis questa triplice risposta è dovuta ad un fluido diffusibile che deriva dalle cellule danneggiate ed è molto probabile che questa sostanza sia l'istamina.

L'urticaria è uno dei modi di reagire ad una data sostanza per la quale c'è ipersensibilità, perchè questa stessa sostanza può dare o urticaria, o eczema, o asma. La manifestazione clinica diversa dipende in parte dal punto di penetrazione della sostanza nell'organismo e in parte dall'individuo colpito.

La tendenza all'urticaria è spesso familiare.

L'urticaria può essere prodotta da cause fisiche traumatiche, che agiscono localmente o da formazione di reazioni ad antigene-anticorpo. In quest'ultimo caso si possono avere cause svariatissime, alimentari, medicamentose, infettive. A volte si forma per antigene secondario, che a sua volta è eliminato colle urine sotto forma di proteosi (teoria di Oriel). L'acidità del sudore può essere causa di urticaria.

Per la cura, si cercherà di disintossicare il malato con dieta lattea per una settimana. In alcuni casi (p. es., urticaria dopo esercizio fisico) sono utili gli alcalini. In altri è utile il luminal. L'attacco acuto si combatte coll'adrenalina, coll'efedrina, colla pituitrina e coll'estratto tiroideo.

Se si riesce a individuare l'antigene, basta eliminarlo per guarire.

Si può tentare l'autoemoterapia; ma se dopo 3-4 iniezioni non c'è giovamento, è inutile continuare. Altri mezzi terapeutici sono le iniezioni di latte, di peptone, di tiosolfato di sodio, di gluconato di calcio. R. LUSENA.

Eczema ed allergia.

Sotto il nome di eczema sono raggruppate una infinità di affezioni cutanee diverse, nelle quali tuttavia si riscontra una caratteristica lesione epidermo-dermica, e cioè la spongiosi del corpo mucoso di Malpighi. Da questa dipendono poi le lesioni secondarie che si ritrovano nelle differenti forme. Conservando quindi alla parola eczema un significato puramente morfologico, ogni processo di eczematizzazione può rientrare nel quadro fondamentale.

Da un punto di vista etiologico, l'eczema sarebbe l'espressione di una suscettibilità speciale dell'organismo, e in particolare della pelle, in rapporto ad una causa esterna od interna determinante l'eczematizzazione.

Tra le cause locali, E. Pezza (*La Pediatria*, n. 2 gennaio 1932) ne distingue di natura microbica (piococchi) e micosica, e si tratta allora, per lo più, degli eczemi seborroici, a configurazione circinnata, e di alcuni eczemi postimpetiginoidi.

A causa locale sono da riferirsi anche certe forme traumatiche, quali se ne vedono nei lattanti, per irritazione da feci od urine, per grattamento, per irritanti chimici (saponi alcalini), per agenti fisici o meteorici.

Tra le cause generali primeggiano quelle che agiscono per via digestiva, e le più importanti sono quelle legate all'allattamento, per quanto non sia ben conosciuto quale elemento del latte riesca nocivo, e ai disturbi dell'apparato digerente, durante i quali penetrano dall'intestino sostanze tossiche, sopratutto proteiche.

Nei lattanti eczematosi possono poi essere messi in evidenza disturbi diversi, costituenti il terreno per l'affezione, e, tra questi, alcune disfunzioni organiche, specie degli organi endocrino-simpatici, nonchè stati di speciale sensibilità cutanea.

Ciò premesso, l'eczema non sarebbe altro che una reazione cutanea, di natura allergica, determinata dal contatto degli antigeni con i corrispondenti anticorpi esistenti nelle cellule e fissati nell'epidermide.

Tale veduta è poggiata su vari fatti, tra i quali la coesistenza nello stesso soggetto di altre manifestazioni allergiche, la possibilità di praticare una desensibilizzazione, l'esistenza di intradermo-reazioni specifiche, la dimostrazione di anticorpi nel siero del paziente.

La terapia dell'eczema si giova quindi del trattamento locale, con le usuali soluzioni e pomate, ma sopratutto è volta a combattere l'abnorme sensibilità del malato, usando i metodi conosciuti di desensibilizzazione specifica e non specifica, e non trascurando le regole alimentari necessarie a coadiuvare tale ultimo processo.

La ricerca delle eventuali modificazioni del terreno consiglierà infine la cura adatta per le disfunzioni organiche ed endocrine esistenti, rammentando come non di rado sia in causa l'eredolue. M. FABERI.

L'uso dell'istamina nella cura del prurito.

A. C. Trustene e B. M. Banks (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 4 febbraio 1933) hanno somministrato l'istamina ad un ammalato di urticaria con prurito intenso che durava da 3 settimane e in cui l'adrenalina, l'efedrina e il calcio erano stati inutili. La prima iniezione di 0,50 mgr. di istamina fece scomparire in 20' il prurito, che ricomparve 18 ore dopo. Una seconda iniezione fece scomparire di nuovo il prurito. Si continuò la somministrazione di istamina due volte al giorno per cinque giorni; il prurito non ricomparve più e tre mesi dopo l'ammalato stava ancora bene.

Fu data l'istamina a malati con prurito accompagnato o no da urticaria, escludendo casi di angina pectoris, e di insufficienza miocardica. In tutti i casi meno uno ci fu miglioramento notevole e guarigione del prurito.

Non siamo in grado per ora di spiegare il meccanismo di azione dell'istamina nella cura del prurito. R. LUSENA.

Il trattamento desensibilizzante nelle artriti croniche.

I. C. Small (*Journ. Am. Med. Ass.*, 17 settembre 1932) rileva che la base su cui poggia questo trattamento è ipotetica, il che non toglie che il trattamento possa essere efficace. Si presume cioè che gli artritici siano in uno stato di ipersensibilità. Questa ipersensibilità dei loro tessuti sarebbe acquisita attraverso multipli contatti, con qualche sostanza estranea; nel caso della artrite tale sostanza estranea sarebbe fornita da un focolaio settico, stabilitosi nell'organismo, in cui avrebbe provocato in seguito auto-inoculazioni.

Il trattamento consiste in iniezioni sottocu-

tanee di piccole dosi di un estratto salino di uno streptococco. I vaccini ottenuti da questo germe sono infatti troppo tossici perchè li si possa usare.

Il dosaggio con estratto salino dà buoni risultati solo con dosi così piccole che possono sembrare a prima vista assolutamente insufficienti: ma si è visto che solo con queste dosi si ottiene il maggior numero di buoni risultati. Un iperdosaggio moderato cagiona pronte e sfavorevoli reazioni: un iperdosaggio accentuato invece, e ciò può sembrare un paradosso, dà luogo ad una reazione ritardata, che appare dopo 2 o 3 giorni e che può, se non riconosciuta e la dose corretta, condurre a fenomeni gravi. Non si può adottare uno schema prestabilito delle dosi da iniettare, in quanto l'iniezione stessa può provocare la riattivazione del focolaio settico e causare ulteriori auto-inoculazioni. L'indice opsonico serve di controllo al dosaggio.

L'azione curativa non è dovuta al contenuto in eteroproteina dell'antigene iniettato, bensì probabilmente alla presenza di polisaccaridi batterici privi di proprietà sensibilizzanti ma nonpertanto capaci di ridurre una ipersensibilità preesistente. G. LA CAVA.

TECNICA RADIOLOGICA.

Un caso di vescichetta biliare doppia diagnosticata radiologicamente.

Le anomalie congenite della vescichetta biliare sono assai rare nell'uomo, mentre sono abbastanza frequenti negli animali. La aplasia o ipoplasia della vescichetta è infatti frequente in alcuni animali (cavallo, asino, elefante, cammello), mentre in altri animali è molto più frequente la sua duplicità. Nell'uomo tali anomalie sono assai rare. Boyden su 4000 autopsie l'ha trovata solo una volta.

Esistono nella letteratura pochissimi casi (27 in tutto) di vescicola biliare doppia, ma in quasi tutti si tratta di reperti operatori o di autopsia.

Dopo la scoperta della colecistografia furono diagnosticati solo tre casi di vescicola doppia.

Corachan e Figueras-Faixat (*Revista de Cirurgia de Barcelona*, n. 22, 1932) ne riferiscono un quarto ch'essi hanno potuto diagnosticare con la colecistografia.

Si trattava di una donna di 30 anni, senza precedenti la quale durante un allatamento aveva cominciato a soffrire di intensa costipazione con dolori alla fossa iliaca destra. Dopo una crisi intensa con nausea e diarrea si era presentata all'Ospedale. Quivi fu fatta diagnosi di appendicite e consigliata cura medica. Dopo sei anni la p. si è ripresentata accusando questa volta dolori sottoepatici. All'e. o. presentava una tumefazione infraepatica a bordi lisci per cui si pensò a un processo infiammatorio della cistifellea. Fu eseguita allora una colecistografia previa introduzione per via orale di tetraiodofenolftaleina. Dopo 15 ore fu eseguita la prima lastra che dimostrava chiaramente la presenza di due vescichette biliari di uguale forma e volume.

Sia il riempimento che lo svuotamento provocato con l'ingestione di un tuorlo d'uovo, si effetuava normalmente, completandosi quest'ultimo circa 60 minuti dopo, in entrambe le vescichette.

Fu confermata la diagnosi di appendicite cronica.

Le due vescicole si contraevano simultaneamente e sinergicamente. Il dotto cistico era unico alla sua origine biforcandosi verso la metà del suo tragitto.

Questo reperto di assoluta normalità delle due vescicole è una condizione veramente eccezionale quasi mai osservata nei casi pubblicati nei quali si trattava quasi sempre di vescichette patologiche. Gli AA. fanno notare infine che dei 28 casi pubblicati di vescichette biliari doppie, solo in un caso si trattava di un uomo ed in 27 si trattava di donne, il che li porta ad ammettere che l'anomalia congenita in parola è molto più frequente nella donna che nell'uomo. A. CALCAGNI.

La colangiografia durante le operazioni sulle vie biliari.

La esperienza quotidiana dimostra che la colecistite, oltre a coesistere con una litiasi del coledoco, si accompagna spesso a piccole modificazioni anatomiche e funzionali dell'albero biliare. Tanto che mentre nella maggioranza dei casi la estirpazione della vescichetta dà effettivo vantaggio agli operati, tuttavia esiste un certo numero di essi che continua a soffrire di crisi dolorose epatiche accompagnate o no da febbre o itterizia. Di tali disturbi sono state spesso incolpate le aderenze postoperatorie, ma senza dubbio in molti casi si tratta di calcoli del coledoco, o di una pancreatite acuta, subacuta o cronica, o di uno stato anatomico e funzionale che favorisca la stasi biliare. La scarsa sicurezza dei metodi di esplorazione durante l'atto operativo sono in gran parte responsabili di tali sequele.

Mirizzi (*Sociedas de Cirugia de Buenos Aires*, 5 ottobre 1932) richiama perciò l'attenzione sulla maggior sicurezza che offre la colangiografia durante l'atto operatorio stesso per determinare la effettiva presenza di un ostacolo nonchè il grado di capacità funzionale dell'albero biliare. I suoi risultati si basano su un totale di 70 casi.

La tecnica usata dall'A. è la seguente: quando la vescicola non è molto alterata si pratica in essa previa aspirazione del suo contenuto, una iniez. di lipiodol. Quando la vescicola presenta alterazioni anatomiche o vaste aderenze l'iniezione si può fare direttamente nel cistico accuratamente isolato.

Quando il calibro del cistico è dilatato la iniezione di lipiodol (10 cc.) si farà mediante

una Nelaton introdotta nel cistico stesso. Fatta l'iniezione per mezzo di apparecchio radiografico collegato al letto operatorio si eseguono delle radiografie che vengono subito sviluppate, in maniera che l'operatore con la guida del cliché radiografico decide la condotta da seguire, caso per caso.

Tale metodo permette di riconoscere:

1) i disordini funzionali dell'albero biliare;
2) le pancreatiti stenosanti;
3) le odditi;
4) la litiasi del coledoco.

Così il chirurgo è in grado di eseguire quell'intervento che più gli sembra appropriato a seconda della lesione riscontrata: semplice colecistectomia, accompagnata o no da drenaggio delle vie biliari, duodenotomia con papillotomia nelle stenosi del Wirsung o negli stati spastici dello sfintere di Oddi, coledocotomia nella litiasi coledocica. A. CALCAGNI.

Colecistografia orale frazionata.

Niessen (*Deut. Med. Woch.*, 5 febbraio 1932) espone delle ricerche sulla colecistografia perorale frazionata consistente nella somministrazione di 2 gr. di Jodotetragnost per 3 volte in 12 ore.

Il metodo come sicurezza di riuscita segue a poca distanza quello intravenoso. Lo supera per la mancanza di pericolo di trombosi, di shock, per l'assenza di influenza da parte di affezioni vicine spec. del canale gastroenterico e per la mancanza di immagini collaterali. Inoltre le prove funzionali non dimostrano alcun danno della funzione epatica; danno che può anche compromettere la riuscita del colecistogramma.

La somministrazione in speciali contingenze può anche esser fatta nel modo seguente. Somministrazione di 4 gr. di Oraltetragnost una prima volta, quindi se la colecistografia risulta negativa seconda somministrazione massiva la sera del giorno del colecistogramma.

M. TORRIOLI.

MEDICINA SCIENTIFICA

Recenti ricerche sulla funzione surrenale.

In un articolo redattoriale del *Journ. of the Americ. Medic. Assoc.* (28 gennaio 1933) si rileva che lo studio sperimentale intensivo della funzione surrenale ha aggiunto una prova del grande aiuto che gli esperimenti su animali possono dare alla medicina clinica. La dimostrazione che l'asportazione della corteccia dà una sintomatologia simile a quella del m. di Addison è servita alla terapia di questa malattia.

L'adrenalectomia dà un difetto nel metabolismo dei carboidrati che è corretto dalla somministrazione di sostanza corticale. Secondo Silvette gli estratti corticali aumentano la glicolisi in presenza di sangue defibrinato normale in vitro da 25 a 125 % al disopra di quanto succede nei controlli.

L'astenia del m. di Addison si ha anche negli animali adrenalectomizzati ed è modificata anch'essa da somministrazione di estratto corticale.

Britton e i suoi collaboratori hanno studiato l'effetto dell'estratto cortico-adrenalinico sull'energia dei cani che corrono e trovarono che l'energia aumentava anche al disopra del 100 % (con una media del 90 %) dopo 10-15 giorni dall'inizio delle iniezioni.

L'insufficienza surrenale produce aumento delle emazie (probabilmente per perdita di liquido dal sangue), diminuzione dei leucociti (specialmente dei neutrofili) con linfocitosi relativa, tutte alterazioni che scompaiono cogli estratti surrenali.

I ricercatori dell'Università di Virginia pensano, a questo proposito, che l'agranulocitosi possa ritenersi una forma d'insufficienza surrenale. R. LUSENA.

VARIA.

Infortuni da fuoco.

Le statistiche ufficiali dànno nell'Inghilterra 1470 morti da fuoco durante il 1931. Il maggior numero d'infortuni letali si è avuto tra 1 e 5 anni, per imprudenze varie. Tra gli adulti una delle cause più comuni d'infortuni e di morti è data dalla benzina, più specialmente dalla benzina usata per smacchiare. Perciò il Governo ha diramato una circolare ammonitrice, la quale ne completa un'altra già emessa nel 1928.

Si sono avuti casi del tutto imprevedibili; per esempio: una donna si era messa a smacchiare in un giardino; ma l'odore della benzina la fece svenire; cadendo, urtò il recipiente, che si versò su di lei; accorse la figlia, che trascinò la madre a casa; ma passando presso la cucina, tutt'e due presero fuoco e ne morirono. Altro esempio: una donna si era messa a smacchiare in una camera adiacente alla cucina; ma i vapori, giunti in cucina, s'infiammarono e la fiamma fece ritorno alla camera accanto, uccidendo la donna.

Un'inchiesta condotta a Londra — provocata da un infortunio letale per incendio di benzina mentre veniva lavato un vestito, lontano da ogni fiamma — ha dimostrato che la benzina può incendiarsi spontaneamente, allorchè si lavano stoffe di seta. Ciò accade perchè, nello sfregamento della seta, si svolge dell'elettricità, la quale può dare origine a scintille minime ma bastevoli a provocare l'incendio o l'esplosione della benzina. Si raccomanda perciò di evitare lo strofinamento delle stoffe intrise di benzina; conviene immergerle per intero nella benzina, all'aperto o in un ambiente aperto, lontano da fiamme e dove non si devono manovrare interruttori di corrente elettrica, agitarle con un bastone e poi metterle ad asciugare, non in un ambiente chiuso (ove possono concentrarsi i vapori), ma all'aperto (ove i vapori sono subito dispersi).

(Dagli « Ann. d'Ig. », allegato al n. 2, 1933).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE

III. - Responsabilità e danno risarcibile nel caso di risoluzione di un rapporto di impiego costituito nell'interesse di due enti.

Le sezioni unite e la 1ª Sezione civile della Corte di Cassazione, con due sentenze in data 5 dicembre 1932, n. 3684 e 3685, hanno deciso, agli effetti della competenza e dei limiti del risarcimento del danno, un caso alquanto delicato. Le risoluzioni che ne risultano sono interessanti, dal punto di vista di massima. Sinteticamente, la contestazione si presentava così.

Il prof. Boari era stato nominato « chirurgo dell'ospedale e di città », con deliberazione del Consiglio comunale. Era stipendiato dal Comune; l'amministrazione dell'ospedale corrispondeva una piccola indennità. Dopo circa venti anni, il rapporto di impiego fu risoluto: l'ospedale decise di svincolarsi dall'accordo col Comune e nominò un altro chirurgo; visto questo riordinamento, il Comune licenziò il prof. Boari. Il Consiglio di Stato in s. g. annullò le deliberazioni dei due enti, per illegittimità. Ma queste decisioni non furono eseguite.

Il prof. Boari chiese al Tribunale la condanna del Comune e dell'ospedale al risarcimento dei danni: stipendi arretrati; perdite accessorie, specialmente per le prestazioni remunerate dagli infermi non poveri ricoverati nell'ospedale. Il Tribunale condannò l'uno e l'altro ente al pagamento di una certa somma.

La Corte di Appello, però, ritenne che l'Ospedale non partecipasse al rapporto di impiego, non avendo deliberato la nomina, e si giovasse per altro titolo dell'opera del chirurgo assunto dal Comune, il quale perciò era obbligato a rispondere del danno, ma limitatamente alla perdita degli stipendi.

In Cassazione il conflitto si presentava così: il prof. Boari diceva che la Corte di Appello non poteva giudicare della esistenza del rapporto di impiego, essendo devoluta alla giurisdizione amministrativa questa competenza, e doveva invece limitarsi a conoscere delle conseguenze patrimoniali degli atti illegittimi del Comune e dell'Ospedale, annullati dal Consiglio di Stato; soggiungeva che, in ipotesi, la relazione giuridica, avente per oggetto prestazione di servizio chirurgico nell'interesse dei due enti, era certa: era, anzi, il presupposto dell'azione già ammessa dal Consiglio di Stato e la base dell'interesse che aveva legittimato il ricorso al fine dell'annullamento degli atti che avevano violato quella complessa relazione obbligatoria. L'Ospedale opponeva che, non risultando espressamente dalle decisioni del Consiglio di Stato la esistenza del rapporto di impiego, era necessario giudicarne, ma l'azione innanzi all'autorità giuridica non era proponibile. Si discuteva anche dei limiti del risarcimento del danno.

Le Sezioni Unite hanno dichiarato proponibile l'azione e competente l'autorità giudiziaria, perchè « oggetto del giudizio è la domanda di risarcimento dei danni, *come conseguenza degli atti illegittimi* compiuti dall'Amministrazione dell'ospedale e titolo inoppugnabile per tale azione è la decisione del giudice amministrativo, che ha dichiarato la illegittimità degli atti, in quanto dagli atti stessi derivi la lesione della utilità di un soggetto giuridico, il quale, come perciò viene abilitato dalla legge a reagirvi, provocando il sindacato giurisdizionale di legittimità, così ha il diritto di avere riparato il danno, quando la illegittimità dell'atto che lo cagiona è riconosciuta ».

La domanda era, quindi, proponibile. Ma, soggiunge la sentenza n. 3684, anche se fosse stato necessario accertare la esistenza del rapporto di impiego, la Corte non avrebbe dovuto giudicarne. Questo esame, per altro, non era necessario perchè, sia pure rapporto accessorio di prestazione di servizio, c'era una relazione giuridica, che era fonte di utilità economiche e l'ospedale non poteva risolverla illegittimamente. Essendo stato annullato dal Consiglio di Stato l'atto che privava il professore Boari di queste utilità patrimoniali, l'ospedale doveva risponderne.

Quali i limiti del riconoscimento? È questo l'oggetto dell'altra sentenza n. 3685. Trattandosi di responsabilità che deriva da atti amministrativi illegittimi, cioè per colpa extracontrattuale, l'ente risponde, in genere, di quei danni che sono derivati dal proprio atto, abbiano un nesso di causa nell'operato *contra ius*. Sono compresi fra i danni risarcibili gli stipendi, le indennità ed anche le conseguenze delle mancate prestazioni agli abbienti. « Se tali prestazioni, entro l'ospedale, erano per norme interne o altrimenti fornite dal Boari, ed egli ne veniva perciò privato per effetto del provvedimento illegittimo che gli toglieva il servizio chirurgico, risentendo per questo un danno per cessati lucri, non può dubitarsi che n'era dovuto a lui dall'ospedale il risarcimento, perchè tali danni sono una conseguenza immediata e diretta dell'atto illegittimo dell'ente ».

Nè tale diritto può venir meno per il fatto che, privato del servizio, egli abbandonò la sede, essendo anche questo dipeso dall'atto illegittimo compiuto ne' suoi confronti. Sono da escludere, invece, le ripercussioni sull'esercizio professionale *esterno*, perchè non vi è « un nesso di causalità sicuro ed effettivo » che possa riferire il danno per menomata attività professionale all'atto del licenziamento determinato da riforma organica.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

In sede di bilancio.

È stato discusso al Senato del Regno il bilancio dell'Educazione Nazionale, su relazione dell'on. Torraca.

Diamo un sunto della discussione per quanto riflette l'insegnamento della medicina.

Il sen. GIORDANO riafferma la necessità di rafforzare gli studi medici. Si preoccupa dell'insegnamento dell'anatomia: esiste il pericolo che in alcune Università l'insegnamento sia ridotto ad un semplice incarico; si augura che immediatamente si provveda ad evitare tale possibile iattura. Si rallegra che sia stato impedito di ottenere l'abilitazione all'esercizio professionale medico, senza aver sostenuto gli esami speciali su alcune materie d'ordine principale, che eran sostituite da altre di minor rilievo. Insiste perchè tra laurea ed esame di Stato interceda il periodo di un anno, o almeno di sei mesi, durante il quale i neo-medici siano tenuti a prestar servizio nei grandi ospedali. Qual'è oggi, l'esame di Stato si riduce ad una formalità. Lamenta il moltiplicarsi delle specialità in sede universitaria; e lamenta anche la pletora delle libere docenze.

Il sen. MANFRONI rileva i danni che derivano dalla libertà di scelta delle materie di studio, lasciata ancora agli studenti universitari. Vi sono stati giovani che hanno conseguito la laurea in medicina senza aver frequentato i corsi di anatomia. Il ministro predecessore dell'attuale aveva promesso di porre rimedio a tale situazione. Chiede al ministro quali misure intende attuare.

Il sen. MARAGLIANO riconosce che il Governo non ostante le strettezze del bilancio, ha notevolmente migliorato l'attrezzamento scientifico degli istituti universitari e, con la costruzione della nuova città universitaria di Roma, ha dato una sintesi eloquente del desiderio di costituire un centro di studi non inferiore a quelli che esistono nelle nazioni più progredite. Tutto ciò senza quel concorso dei cittadini abbienti che si verifica in altri paesi, specialmente nell'America del Nord.

Lamenta però che non si sia ancora riusciti a dare al corpo insegnante delle università una coscienza scientifica nazionale. È ancora troppo sentito il bisogno di esaltare quanto viene dall'estero e di misconoscere quanto si fa da noi; ciò è in antitesi coll'essenza del Fascismo che è culto di quanto può avvalorare ed affermare nel mondo la potenza creatrice dell'intelletto italiano. Ciò nuoce non solo al decoro ma all'interesse del Paese, perchè l'ossequio a tutto quanto è straniero, specialmente nel campo degli studi di medicina, reca come conseguenza una irragionevole esportazione di danaro italiano.

Per mutare radicalmente questo indirizzo si potrebbe forse agire sul sistema di nomina dei professori.

I ministri dell'educazione nazionale che si sono seguiti negli ultimi otto anni hanno già variato per ben quattro volte il modo in cui le Commissioni aggiudicatrici dei concorsi dovevano esser formate. Evidentemente essi cercavano di evitare che si costituissero organismi monopolizzatori delle cattedre universitarie. Non ci sono riusciti e non ci riusciranno finchè si useranno i metodi attuali. Sarebbe il caso di tornare al metodo di nomina attuato dal senatore Gentile nel periodo in cui fu ministro, metodo draconiano e fascista, che urtò molti interessi costituiti, e che scomparve con la scomparsa del ministro. D'allora si è tornati ai provvedimenti demo-liberali. Veda l'attuale ministro se è il caso di persistere nei presenti sistemi. Non chiede pronta risposta. Prega il ministro di considerare bene la questione, e di provvedere poi fascisticamente.

Ricorda come quarant'anni fa, essendo ministro Guido Baccelli, il sistema dei gruppi universitari arbitri delle cattedre era in pieno vigore. Valendosi di una facoltà che la legge di allora gli concedeva, il ministro Baccelli nominò direttamente alcuni professori scelti tra i liberi docenti. Questa nomina suscitò critiche e polemiche; ma quei professori tennero molto onorevolmente le loro cattedre. Oggi a un ministro dell'educazione nazionale non sarebbe possibile un atto così energico perchè, cosa incredibile, nel Regime fascista l'amministrazione dell'istruzione superiore è priva di quella libertà che hanno altre amministrazioni dello Stato.

L'inconveniente lamentato non riguarda il valore scientifico di tanti grandi maestri, ma deriva da situazioni psichiche inerenti alla natura umana. È naturale che nella lunga comunione di studi il maestro contragga con i suoi discepoli vincoli spirituali talora più forti di quelli del sangue. Si deve impedire che questi vincoli prevalgono sulla giustizia. Si deve inoltre impedire che nelle nostre università si perpetuino indirizzi spesso non convenienti al decoro italiano.

L'oratore segnala quindi un inconveniente già lamentato lo scorso anno, per il quale non è stato preso alcun provvedimento. I laureati in medicina sono ammessi all'esame di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione, senza che sia trascorso il tempo necessario per un conveniente addestramento pratico. Il laureato in giurisprudenza deve fare una pratica di cinque anni; quello in medicina, nessuna. Nè vale osservare che il laureato in medicina fa per due anni istruzione pratica nelle cliniche, sia perchè, in realtà, non di rado questo periodo si riduce ad otto mesi, sia perchè la legge sull'istruzione superiore opportunamente distingue l'istruzione scientifica da quella pratica, dimodochè l'esame di Stato assume un carattere speciale e cessa di essere una funzione universitaria. L'abilitazione all'esercizio della professione medica non rientra nella competenza del Ministero dell'Educazione Nazionale, ma in quella del Ministero dell'Interno, da cui dipende ogni pratica attinente alla pubblica sanità. Senza giungere, quindi, all'intervallo di cinque anni, e senza estendere la durata degli studi, si potrebbe fare in modo da triplicare il tempo, oggi troppo limitato, dedicato agli studi di applicazione, diminuendo il tempo dedicato agli studi propedeutici, come è stato già fatto per la facoltà di scienze. In tal modo gli studi medici verrebbero organizzati con criteri realistici.

Questa riforma, ad ogni modo, non dovrebbe essere affidata a commissioni esclusivamente accademiche e non sarebbe da escludere l'idea di far

sorgere scuole di applicazione per gli studi medici. Bisogna cioè che lo zelo per il progresso della scienza non faccia dimenticare che compito dell'insegnamento è di occuparsi della scienza *condita*, e non di quella *condenda*.

Nell'organizzazione degli studi della facoltà medica s'è smarrita la nozione della parte che spetta agli insegnamenti applicati. In Italia si può conseguire la laurea in medicina senza aver superato le prove cliniche. I giovani, appena superato l'esame di abilitazione, si danno all'esercizio professionale senza esservi preparati: chi ne soffre è l'umanità. Il Duce ha sempre dimostrato di avere sommamente a cuore la salute degli italiani; invece dalle nostre università escono i giovani meno adatti ad attuare il proposito del Capo del nostro Governo.

L'on BRUZZI parla degli inconvenienti che derivano dalla residenza di alcuni professori fuori della sede universitaria.

Il ministro dell'Educazione nazionale on. ERCOLE ricorda che già nell'altro ramo del Parlamento ha illustrato le conquiste realizzate dal Regime durante dieci anni in ogni ordine di scuole.

Prende atto della soddisfazione con cui il relatore ha constatato l'aumento di oltre 70 milioni nella previsione della spesa. Tale aumento è infatti documento e prova tangibile del cospicuo sforzo che il Fascismo ha sostenuto e continuerà a sostenere a favore della scuola. Il bilancio della spesa del Ministero dell'Educazione nazionale, che nel primo anno del Governo fascista era di 900 milioni, è salito a 1700 milioni; è stato cioè quasi raddoppiato. In questo cospicuo sforzo è da scorgere una delle più alte e durature benemerenze del Regime verso la civiltà e la potenza della Patria.

Poco ha da aggiungere a quanto ha detto nell'altro ramo del Parlamento riguardo all'istruzione superiore. Il coronamento della grandiosa opera svolta nell'ultimo decennio a favore delle Università, spesso trasformate e rinnovate, sta per avverarsi con la costruzione della città universitaria in Roma.

Durante il decennio è stato possibile bandire numerosi concorsi, e dal 1923 in poi sono stati nominati in media 60 nuovi professori all'anno.

Eventuali abusi relativi alla residenza verranno contenuti.

Nei riguardi delle dotazioni dei gabinetti, benchè si possa constatare un sensibile miglioramento, non può negarsi che esistano ancora notevoli deficienze. Tanto più degna di plauso è la copia dei risultati che in ogni campo delle discipline sperimentali sono stati ottenuti, per l'abnegazione e la passione degli insegnanti e del corpo assistente.

Il Ministro osserva poi che se malgrado l'altezza delle sue tradizioni e le benemerenze degli insegnanti, l'Università italiana soffre qua e là di qualche disagio, e non esercita sui giovani una perfetta efficacia formativa, il motivo va ricercato nella mancanza di quella coordinazione e concreta unità didattica che si proponeva la riforma universitaria. Solo quando tutte le facoltà si serviranno dei mezzi che la legge loro fornisce per garantire il coordinamento e la reciproca integrazione degli insegnamenti, potrà dirsi realizzata la riforma universitaria del 1923. L'oratore dichiara che la sua opera è diretta ad ottenere che ciò avvenga al più presto possibile.

In tal modo verranno anche eliminati alcuni degli inconvenienti messi in luce dai senatori Maragliano e Giordano, e si vedrà anche avviato a riprendere il suo antico prestigio l'istituto di libera docenza.

Ai senatori Maragliano, Giordano e Manfroni che hanno trattato il problema della libertà di scelta delle materie e dei suoi riflessi nei rapporti dell'esame di Stato per l'esercizio professionale, risponde che occorre distinguere la finalità puramente scientifica della laurea dal valore professionale dell'esame di Stato. In generale le critiche si riferiscono all'Esame di Stato. Egli si ripromette di riprendere in esame la questione dopo l'emanazione del prossimo testo unico, e d'accordo col ministro della giustizia.

Anche la necessità, espressa dai senatori Maragliano e Giordano, di far intercedere un tempo sufficiente di pratica fra la laurea e l'esame di stato per i medici, merita di essere studiata.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Ci riserviamo di dare nel prossimo numero, per dovere di cronaca, l'ampia discussione avvenuta al Senato del Regno sull'azione igienico-sanitaria del Regime.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACIREALE (*Catania*). — Scad. 7 giu., ore 7; un posto pel capoluogo; età lim. 40 a. al 5 apr.; doc. a 2 mesi; serv. entro 15 gg.; tassa L. 50,10; stip. L. 7040 già decurtato del 12 %, 5 quadrienni dec., c.-v., L. 1320 trasp.

ALESSANDRIA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare*. — Scad. 15 giu., ore 17; direttore del Consorzio e del Dispensario Prov. Antitub. di Alessandria; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 27 mar.; L. 24.000 oltre L. 3000 serv. att.; deduz. 12 %; indennità trasferta e diarie. Titoli ed esami. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria (Palazzo del Governo).

APOLLOSA (*Benevento*). — Scad. 23 mag.; L. 8000 da ridurre del 12 %; 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

AREZZO. *Comune*. — Scad. 22 giugno, ore 18; 4ª condotta di campagna; L. 8000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 3600 cavalc., c.-v.; riduz. 12 %; voti esami speciali e di laurea; età lim. 45 a.; doc. a 6 mesi dal 22 mar.

ASCOLI PICENO. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 25 apr.; direttore e coadiutore della Sez. med.-microgr. del Laborat. prov. d'igiene e profilassi; stipendi L. 13.500 e L. 10.500; età lim. 45 e 35 a.; per i due posti serv. att. L. 1000, 5 quadrienni dec., c.-v.; titoli ed esami.

BAGNOLO PIEMONTE (*Cuneo*). — Scad. 25 gen.; condotta sud; L. 8000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 4000 trasp.; riduz. 12 %; richiedesi servizio in altri comuni o assistente d'ospedale; tassa L. 50.

BORGOSATOLLO (*Brescia*). — Scad. 15 giu.; 2° reparto; L. 10.000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 500 trasp., L. 500 ambulat., c.-v.

BRONI (*Pavia*). — Posto di medico chirurgo per la seconda condotta. Stipendio annuo L. 10.000; cinque aumenti quadriennali del decimo. L. 300

per ambulatorio, caro-viveri, se dovuto, il tutto soggetto alle riduzioni di legge e del 12 %. Scadenza 30 aprile 1933. Documenti di rito. Chiedere schiarimenti all'Ufficio Comunale.

Buscate (*Milano*). — Scad. 31 mag.; L. 10.500 ridotte 12 %, 5 quadrienni dec., se uff. san. L. 400 e addizion. L. 150 per ogni 1000 abit. oltre il primo migliaio; età lim. 35 a.

Cadelbosco di Sopra (*Reggio Em.*). — Scad. 10 giu.; 2ª cond.; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 serv. att., c.-v., L. 3000 cavallo od automobile, L. 500 arm. farm.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Castana (*Pavia*). — Scad. 30 apr.; L. 13.000 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Chieti. *Amministrazione Provinciale*. — A tutto il 31 maggio 1933 sono aperti i concorsi, per titoli ed esami, ai posti di coadiutore e assistente della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi di Chieti, con lo stipendio iniziale rispettivamente di L. 12.000 e L. 11.000; l'indennità di servizio attivo, rispettivamente di L. 2000 e L. 1500 e l'indennità caroviveri, soggetti alla riduzione del 12 % ed alle ritenute d'obbligo; oltre il 10 % dei proventi per ricerche ed analisi, previa riduzione del 12 %. I concorrenti, di età non superiore ai 35 anni alla data del presente avviso, salvo il disposto dell'art. 42 del R. D. 30 settembre 1922, n. 1290, dovranno presentare domanda, corredata dei documenti di cui all'art. 8 del R. D. 16 gennaio 1927, n. 155, nonchè tutti gli altri titoli scientifici e di carriera che si ritenesse di produrre. Le prove di esame si svolgeranno secondo il programma e le norme stabilite dal Ministero dell'Interno, in luogo e giorni che saranno comunicati agli interessati. I concorrenti saranno giudicati dalla Commissione di cui all'art. 5 del citato R. D. 16 gennaio 1927 ed in conformità dell'art. 12 dello stesso decreto. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale di Chieti.

Conselve (*Padova*). — Scad. 29 apr.; 1° reparto; L. 9000 oltre c.-v., L. 3000 trasp., L. 600 ambulat. ecc.; depurazione 12 %.

Corchiano (*Viterbo*). — Scad. 60 giorni dal 31 mar.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v., L. 400 se uff. san.; età lim. 25-40 a.; tassa lire 50,10; doc. a 3 mesi dal 31 mar.

Correggio (*Reggio Em.*). — Scad. 24 giu.; 3° reparto; L. 8000 oltre L. 3000 trasp., L. 500 ambulat., c.-v., riduz. 12 %, 5 quadrienni dec., addizion. L. 5 oltre i 1200 pov.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Crescentino (*Vercelli*). — Fino alle ore 18 del 10 maggio 1933-XI è aperto il concorso per titoli al posto di medico-chirurgo della seconda condotta, con obbligo di residenza nell'abitato di S. Genuario. Età massima anni 40, salvo eccezioni di legge. Stipendio lordo L. 8000 con diritto a 10 aumenti biennali del ventesimo. Indennità di trasporto ed accessorie. Per chiarimenti rivolgersi all'Ufficio di Segreteria.

Esino Lario (*Como*). — Condotta comodissima, adatta per persona anziana. Stipendio L. 10.000. Documenti di rito. Scadenza 20 aprile 1933.

Fauglia (*Pisa*). — Scad. 25 mag.; 1ª cond.; lire 9000 e 3 quadrienni dec., oltre c.-v.; L. 3500 per automobile (obbligatoria); età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Foggia. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli ed esami, per i seguenti posti vacanti presso la Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio provinciale di igiene e profilassi: *a*) posto di coadiutore: stipendio annuo di L. 14.000, oltre indennità di servizio attivo in L. 1400; *b*) posto di assistente: stipendio annuo di L. 12.000, oltre l'indennità di servizio attivo in L. 1200. Il tutto al lordo della riduzione del 12 % di cui al R. D. L. 20 novembre, n. 1491 e con diritto a quattro quadrienni. Scadenza ore dodici del 15 giugno 1933. Richiedere il bando di concorso alla Segreteria dell'Amministrazione provinciale.

Fossombrone (*Pesaro*). — Condotta per la frazione di Isola di Fano, con obbligo di residenza nella frazione stessa che dista 9 Km. dal capoluogo. Stipendio L. 8000 oltre l'indennità di cavalcatura in L. 3000 annue e l'indennità caro-viveri secondo misura e tempo come ad altri dipendenti comunali. Tutti i predetti assegni sono soggetti alle ritenute di legge e alla riduzione del 12 %. Domanda e documenti, il cui elenco e modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria del Comune di Fossombrone, debbono pervenire alla Segreteria predetta entro il 31 maggio 1933.

Gallarate. *Ospedale Civico S. Antonio Abate* (*Circolo Ospedaliero*). — Scad. 15 mag., ore 16; tassa L. 50; età lim. 40 a. al 7 mar.; doc. a 3 mesi; stip. L. 11.000 e compartecipaz.; è vietato il cumulo degli impieghi.

Lamporo (*Vercelli*). — Per titoli; posto di medico condotto comunale. Stipendio L. 8000. Indennità mezzi di trasporto L. 750 per bicicletta, L. 1800 per motocicletta. Caro viveri coniugati. Retribuzioni soggette a riduzione del 12 %. Presentazione dei documenti entro ore diciotto del 9 maggio 1933. Per informazioni rivolgersi all'Ufficio comunale.

Lioni (*Avellino*). — Scad. 22 giu., ore 12; L. 6000 e 4 quadrienni dec.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 22 mar.; età lim. 35 a.; serv. entro 15 gg.

Livorno. *Ufficio Municip. d'Igiene*. — Scad. 10 mag.; direttore; L. 18.300 e 3 quadrienni fino a L. 21.000 oltre L. 2700 indenn. servizio; riduz. 12 %; divieto libera professione.

Malles Venosta (*Bolzano*). — Scad. 30 apr.; L. 7.500 e addizionale L. 6 oltre il 20 % della popolazione; 5 quadrienni dec.; c.-v.; L. 750 uff. san.; L. 1800-3000 trasp.; riduz. 12 %; alloggio gratuito compreso locale per ambulatorio.

Manoppello (*Chieti*). — Scad. 15 giu.; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000-2500-3000 trasp.; tassa L. 50.

Meleti (*Milano*). — Scad. 3 mag.; consorzio con Maccastorno; L. 11.500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3500 indenn. vettura, L. 700 uff. san.; decurtaz. 12 %; età lim. 35 a.

Modena. *Consorzio Provinc. Antitubercolare*. — Scad. 15 maggio; vice-direttore e aiuto del dispensario di Modena, L. 7000; medico dirigente del dispensario di Castelfranco Emilia, L. 5000; medici dirigenti i dispensari di Finale Emilia, Mirandola, Sassuolo e Formigine, L. 3000 ciascuno; indennità varie. Chied. annunzio.

Montebelluna. *Ospedale Civile « Carretta »*. — Scad. 20 mag.; primario chirurgo; L. 10.000 non aumentabili, senza c.-v.; età lim. 40 a.; 5 anni di servizio pratico in ospedale o clinica universitaria. Chied. condizioni.

MORICONE (*Roma*). — Scad. 15 giu.; L. 8976 agli ammogliati e L. 9659 ai celibi, 5 quadrienni dec., L. 352 uff. san.; età lim. 45 a. Chiedere annunzio.

NAPOLI. *Ospedali Riuniti.* — Scad. 6 maggio, ore 14; ventuno posti di assistenti e quattordici di assistenti medici generici; bando visibile presso la Segreteria.

PANIGALE (*Perugia*). — Scad. 30 giu., ore 18; 1ª cond.; L. 7000 e 3 sessenni dec., oltre L. 600 serv. att., L. 500-2000-4000 trasp., c.-v., L. 500 se uff. san.; riduz. 12 %; direz. Civico Ospedale; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 15 mar.

PEGOGNAGA (*Mantova*). — Scad. 20 mag.; lire 7040 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1019,15 c.-v., L. 2200 trasp., L. 440 ambulat.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

PIACENZA. *Ospedale Civile.* — Scad. 15 mag.; primario del reparto di medicina; L. 7000 soggette a riduz. 12 %; compartecipaz.; età lim. 45 a.; libera doc. in clinica o in patol. medica e sei anni di 1° assistente o aiuto effettivo in grandi Ospedali o R. Cliniche universitarie; tassa L. 50.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni* (*Ferrovie dello Stato*). — Concorso per titoli ai seguenti posti di Medico di riparto: Alassio, Vado Ligure (Genova); Lecco I, Seregno (Milano); Serravezza (Pisa); Isernia II, Velletri I (Roma); Montalto Rose (Taranto); Sobborgo Cristo, Sommariva del Bosco (Torino). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 1° maggio.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti.* — Scad. 15 mag.; tre aiuti addetti ai Gabinetti patologici e due agli Istituti Radiologici ed Elettroterapici. Rivolgersi Segreteria Generale.

RONSECCO (*Vercelli*). — Per titoli, posto di Medico-Condotto Ufficiale Sanitario. Stipendio lordo L. 8500, caro-viveri, indennità bicicletta; il tutto da ridursi del 12 %. Popolazione 1924. Poveri 174. Termine utile presentazione documenti ore 12 del giorno 30 aprile 1933.

SALERNO. — Per titoli ed esami. Posto di direttore del Consorzio e del Dispensario Provinciale Antitubercolare. Diploma professionale di medico chirurgo conseguito da almeno due anni. Stipendio da L. 18.000 a L. 22.000. Supplemento di servizio attivo L. 4000, lordi del 12 % e di ogni altra ritenuta. Età massima anni 45, salvo eccezioni di legge. Scadenza 3 luglio 1933.

S. ANATOLIA DI NARCO (*Perugia*). — Scad. 31 mag.; 2ª condotta consorziale; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 600 serv. att., indenn. cavalcat. sino a L. 4000, c.-v.; età lim. 35 a.

S. BARTOLOMEO IN CALDO (*Benevento*). — Scad. 20 giu.; L. 6000 e 5 quadrienni dec., ritenute di legge; età lim. 35 a.

S. GIORGIO LA MOLARA (*Benevento*). — Scad. 16 giu.; L. 6000 e 5 quadrienni dec.; se uff. san. L. 500; ritenute di legge; età lim. 40 a.

S. MARGHERITA LIGURE (*Genova*). — Scad. 15 mag.; L. 7200; addizionale L. 500 oltre i 1000 pov.; trasp. L. 300-600-1400-3000; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

TORCHIARA (*Salerno*). — Scad. 31 mag.; L. 7000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 3000 cavalc.

VEDELAGO (*Treviso*). — Stipendio L. 8000. Indennità mezzo trasporto e caro-viveri. Documenti di rito. Scadenza 15 maggio. Per chiarimenti rivolgersi Segreteria Municipale.

VICENZA. *Ospedale Civile.* — Al 31 mag., ore 18; medico primario in dermosifilopatica; L. 4500 annue non suscettibili di aumento; partecipaz.; età lim. 45 a. al 31 mag.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 21 marzo. Chied. avviso.

VIGEVANO (*Pavia*). *Ospedale degli Infermi. — Posto di Primario della Sezione di Medicina.* Stipendio L. 8000. Indennità di servizio attivo L. 2000. Caro-viveri, se dovuto. Documenti di rito. Vaglia di L. 50,10. Scadenza 30 maggio 1933. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria dell'Ospedale.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Concorso medico-letterario.

La Rivista « Nicia », diretta dal dott. N. Bennati, bandisce un concorso a premi per un lavoro sul tema: « Medici poeti e letterati in Italia ». Il concorso, al quale potranno prendere parte, oltrechè i medici, anche chiunque sia cittadino italiano, è dotato di L. 2000 di premi. I lavori, in doppia copia dattilografata, con ampiezza da un minimo di dieci pagine ad un massimo di cento, dovranno inviarsi raccomandati alla direzione non più tardi del 30 novembre. Modalità consuete.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Guido Pagliano è nominato Capo del Servizio Sanitario delle Ferrovie di Stato, in sostituzione del dott. Francesco Martirano, che ha lasciato il posto per aver raggiunto i limiti di età.

Al dott. Martirano, ben noto per i suoi contributi originali e fondamentali nel campo della malaria, diamo un saluto affettuoso, augurando che egli torni a dedicare la sua esperienza e la sua intelligenza, ancora in pieno vigore, agli studi scientifici.

Al suo successore, che ha già avuto modo di far apprezzare le sue doti d'intelligenza e di equilibrio nell'organizzazione del servizio sanitario ferroviario, il quale ora, nella sua complessità, è uno dei più perfetti, diamo il nostro cordiale benvenuto.

Il Capo del Governo, Ministro per le Corporazioni, ha nominato l'on. Filippo Pennavaria Presidente della Cassa Nazionale per l'assicurazione malattie degli addetti al commercio.

La dott.ssa Clelia Lollini è nominata direttrice del Consorzio antitubercolare di Massa.

Il dott. William H. Park, direttore dei laboratori dell'Ufficio d'igiene di New York, è nominato professore di medicina preventiva all'Università di New York e annesso Ospedale Bellevue. Questa cattedra è intitolata a Hermann M. Biggs e viene ora occupata per la prima volta. È stata istituita in memoria del dott. Biggs, da amici ed estimatori, con il concorso della vedova, dei figli e della Fondazione Milbank.

Il Park aveva già un insegnamento di batteriologia e igiene alla stessa Università. Egli era stato collaboratore del Biggs quando questi fu direttore degli stessi Laboratori e quando Biggs passò ufficiale sanitario di New York.

NOTIZIE DIVERSE.

Le solenni onoranze al prof. R. Alessandri.

Con larghissimo intervento di autorità, di sanitari, di allievi, di estimatori, mentre questo numero va in macchina si svolgono le cerimonie in onore del prof. Roberto Alessandri, delle quali demmo già un annunzio. Ci riserviamo di riferirne nel prossimo numero.

La campagna contro la tubercolosi.

La Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi comunica che le prime notizie giunte rivelano come in tutte le regioni d'Italia la III Campagna Nazionale Antitubercolare si è iniziata in un clima di così fervido entusiasmo da superare di gran lunga quello degli anni precedenti.

La Campagna Nazionale Antitubercolare si è iniziata con l'offerta della campana crociata e del francobollo antitubercolare a S. M. la Regina ed a S. E. il Capo del Governo. L'offerta è stata fatta anche a tutti i Ministri e Sottosegretari, al Segretario del Partito, alle alte cariche dello Stato ed alle personalità più rappresentative del Regime. L'incarico è stato dato alla delegata dei Fasci femminili di Roma Bianca Pia di Savoia, coadiuvata da un gruppo di signorine dei vari Gruppi rionali.

Cerimonie congeneri si sono svolte nei singoli capoluoghi del Regno.

S. S. Pio XI ha ricevuto un gruppo di signore e benedetto i simboli della campagna.

Molti senatori, deputati al Parlamento, vescovi, eminenti avvocati, letterati, giornalisti, professori universitari ecc., aderendo al desiderio della Federazione hanno tenuto i discorsi inaugurali, suscitando ovunque ondate di entusiasmo e viva devozione al Regime. Gli oratori medici, circa seimila, hanno poi illustrato al popolo le necessità urgenti della difesa contro la tubercolosi nell'evitare il contagio ai bambini e nell'aumentare le proprie resistenze organiche.

È da segnalare la cerimonia inaugurale a Napoli, nel Reale Teatro S. Carlo, per la presenza delle LL. AA. Reali i Principi di Piemonte e la Duchessa d'Aosta.

La classe magistrale, la stampa, il Clero, i Combattenti, il Dopolavoro, le Confederazioni dei datori di lavoro e dei lavoratori, tutte le organizzazioni del Partito, hanno gareggiato nel prodigare aiuti ai singoli Consorzi antitubercolari fino a raggiungere una vera e propria mobilitazione di volontà e di mezzi su tutto il fronte nazionale.

* * *

La Federazione Nazionale Italiana per la lotta contro la tubercolosi comunica che il Pontefice in quest'anno giubilare, in occasione della Giornata del fiore e della doppia croce, le ha fatto giungere un significativo telegramma, a cura di Monsignor Caccia-Dominioni.

La Presidenza della Federazione ha ringraziato Sua Santità per l'altissima importanza spirituale e la benefica influenza che avrà la sua Augusta, paterna benedizione.

* * *

È uscito il primo numero del giornale illustrato *Campane a stormo*, edito dalla Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi, in occasione della terza Campagna nazionale, in elegantissima veste editoriale, in un milione di copie, lanciato al pubblico italiano gratuitamente, per ricordare a tutti e a ciascuno il proprio dovere di contribuire alla lotta contro la tubercolosi.

* * *

La Presidenza della Federazione ha diramato un ottimo « Decalogo per la campagna antitubercolare », il quale è stato largamente riprodotto nei giornali.

Congresso internazionale contro il cancro.

Dal 25 al 30 ottobre si terrà a Madrid un congresso internazionale per la lotta scientifica e sociale contro il cancro; sarà presieduto dal dott. S. Recasens, decano della Facoltà medica.

I lavori verranno ripartiti in due sezioni: scientifica e sociale. Nella prima sezione sono iscritti i temi: Biologia della cellula cancerosa; Diagnosi precoce del cancro; Trattamento del cancro; Tumori del sistema nervoso. Nella seconda sezione sono iscritti i temi: Cancro professionale; Statistica del cancro; Organizzazione della lotta contro il cancro; Profilassi del cancro. Inoltre sono in programma 5 conferenze, sui soggetti seguenti: Organizzazione della lotta sociale contro il cancro; Concezione istologica della malignità dei tumori; Nuovi orientamenti nella terapia del cancro; Possibilità terapeutiche del radium; Risultati della chirurgia e della curieterapia nel cancro dell'utero. Per l'Italia saranno relatori: Carozzi, Fichera, Gallenga. Lingue ufficiali saranno: il francese, l'inglese, l'italiano, lo spagnolo e il tedesco. I testi delle relazioni devono giungere non oltre il 1° luglio ed i testi delle comunicazioni (in doppio esemplare) non oltre il 1° agosto, affinchè possano essere stampati e distribuiti ai congressisti all'inizio dei lavori.

Al Congresso sarà unita una mostra che avrà un doppio carattere: scientifico e commerciale.

Quota d'iscrizione: 50 pesete oro (10 dollari americani) per i membri; metà per le persone di famiglia.

Rivolgersi al segretario generale, Dom Julio Bejarano, Atocha 104, Madrid.

13° Congresso internazionale di neurologia.

La « Société de Neurologie » di Parigi ha indetto la 13ª riunione neurologica internazionale annuale per i giorni 30 e 31 maggio, a Parigi, nei locali della Salpêtrière (boulevard de l'Hôpital 47). Temi: « Le meningiti sierose cerebrali e spinali » ed « Esplorazione delle cavità cerebrali mediante iniezioni d'aria ». Relatori del primo tema saranno: Claude di Parigi, Boschi di Ferrara, Barré di Strasburgo e, per la parte chirurgica, Petit-Dutaillis di Parigi. Relatore del secondo tema sarà Clovis Vincent, con la collaborazione di David e Puech per la ventricolografia, di Berdet e della signorina Rappoport per l'encefalografia per via lombare. Le comunicazioni possono riguardare solo i temi di relazione.

Rivolgersi al segretario generale, Dr. Crouzon, avenue d'Iéna 70-bis, Paris 16e.

La Società terrà un'adunanza ordinaria il 1° giugno, presso la sede della « Société de Chirurgie » (rue de la Seine 12).

Alla Società italiana di psichiatria.

Il 12 marzo ebbe luogo in Bologna, in una sala del palazzo della Provincia, gentilmente concessa,

una riunione del Consiglio di Presidenza della Società Italiana di Psichiatria. Erano presenti i colleghi Alberti, Baroncini, Cappelletti, Donaggio, D'Ormea, Padovani, Pini e Tambroni. Avevano giustificato l'assenza i colleghi Antonini, Boschi, Medea, Montesano e Sciutti.

Il presidente prof. Donaggio commemora il prof. G. C. Ferrari, recentemente, tra moltissimo rimpianto, mancato in Bologna. Svolge quindi le comunicazioni della Presidenza, dando notizia ai colleghi di quanto ha fatto per la riduzione delle spese per la stampa degli Atti del XIX Congresso; per ottenere che al più presto sia nuovamente costituita la Commissione per il riesame del nuovo Progetto di Legge e di Regolamento sui Manicomi e sugli Alienati; per ottenere che l'esame di Clinica neuropsichiatrica sia incluso nella serie degli esami obbligatori per poter adire all'esame di stato; per ottenere che un membro specializzato in psichiatria sia accolto nei Consigli Provinciali dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, dato il contributo che egli può portare a ciò che si riferisce all'opera di assistenza morale e sociale, ch'è nei propositi dell'O. N. stessa.

Riconosciuta la necessità che nel Regolamento della Società Ital. di Psichiatria, già presentato all'esame dei soci e che sarà discusso e approvato nel prossimo congresso, siano aggiunte norme che regolino la pubblicazione negli Atti della Società delle relazioni e delle comunicazioni presentate dai congressisti, viene approvata, dopo discussione in merito, la formula seguente: « I Congressisti hanno diritto alla pubblicazione gratuita negli *Atti* del Congresso dei loro contributi per 16 pagine di stampa; le pagine in più, come pure i *clichés*, e le tabelle non incluse nel testo, sono a carico dei congressisti. Le comunicazioni devono essere consegnate per la pubblicazione negli Atti non appena presentate e svolte, ed eccezionalmente entro il termine massimo di due mesi ».

Viene deciso che il XX Congresso della Società Italiana di Psichiatria abbia luogo in Siena dal 1° al 4 ottobre c. a. I temi restano fissati come segue: 1° « La diagnosi delle cerebropatie nella primissima infanzia », relatore prof. dott. Balduzzi; 2° « Decorso ed esito della Psicastenia », relatore prof. Puca; 3° « Le nuove realizzazioni dell'assistenza ospitaliera psichiatrica all'estero », relatore prof. Manzoni.

Viene deciso che il termine di presentazione dei lavori concorrenti ai due premi banditi lo scorso anno dalla Società Italiana di Psichiatria sia prorogato al 30 agosto p. v. Viene preso atto con compiacenza della comunicazione preventiva fatta dal Prof. D'Ormea che assai probabilmente al prossimo Congresso di Siena saranno banditi dalla Società Esecutori di Pie Disposizioni — la quale, com'è noto, amministra l'Ospedale Psichiatrico di Siena — due nuovi concorsi a premio tra i soci della Società Italiana di Psichiatria.

Nella stampa sanitaria.

« L'Ospedale Psichiatrico », rivista di psichiatria, neurologia e scienze affini, a periodicità trimestrale, viene pubblicata da M. Sciuti, direttore dell'Ospedale Psichiatrico « L. Bianchi » di Napoli. Il primo fascicolo reca una serie di 7 memorie e numerose recensioni e autoriassunti; risulta di 150 pagine, ed è ricco di tavole.

Gli uffici hanno sede in Napoli, via Cesare Battisti 4; l'abbonamento annuo importa L. 80 per l'Italia, L. 130 per l'Estero.

Lotta antitubercolare nel Trentino.

Sulla collina di Mesiano, che domina la città di Trento, si sta costruendo un grandioso ospedale sanatoriale. Esso consta di un edifizio unico a due piani, oltre il pianterreno e il sotterraneo; il fabbricato è diviso in due corpi laterali, collegati da un corpo centrale. I lavori saranno ultimati entro l'anno. Si potranno ospitare 250 ammalati, per la massima parte in camerate con sei letti. I lavori importeranno complessivamente la spesa di circa 7 milioni. Alla provincia di Trento sarà assegnata la preferenza nell'ospitalità dei malati.

La provincia può anche disporre del centro sanatoriale di Arco, con 1200 letti, nonchè di notevoli reparti sanatoriali negli ospedali di Borgo Valsugana, di Arco, di Trento ecc. Per i bambini dai 4 ai 14 anni è sorto un ottimo preventorio a Miralago, il quale offre ricovero per 150 bambini di ambo i sessi. Per allontanare dalle famiglie tubercolotiche i bambini fino ai 4 anni, sono sorte, infine, altre istituzioni, come il Nido del Littorio e l'Opera di assistenza all'Italia redenta, che completano la grande crociata benefica voluta dal Regime contro la tubercolosi.

Nuovi leprosarî.

Ad iniziativa del prof. A. Serra, che è uno dei più reputati cultori degli studi sulla lebbra, il leprosario di Cagliari è stato trasferito in altra sede, e completamente rimodernato; consiste in padiglioni Docker per i malati ed in una costruzione muraria per i locali di medicazione e di servizio e per la cappella, il tutto aggraziato da aiuole e in amena posizione, sul pendio di un colle.

Il Consiglio dell'Assistenza Pubblica portoghese ha proposto al Governo l'acquisto di un vasto terreno nella provincia di Caminha per l'impianto di un Leprosario, il quale sarà istituito sul tipo di Colonia agricola e potrà ospitare da duecento a trecento malati, da scegliersi tra quei lebbrosi che siano ancora in condizioni da poter lavorare. Questo Leprosario sarà organizzato sul tipo di quello di Fontilles, in Spagna, che è considerato come modello del genere.

La campagna contro la lebbra organizzata nel Giappone, ha avuto un successo pieno; gli stessi metodi vengono ora tentati nella Corea, ove si è costituita un'Associazione per la lotta contro la lebbra, con sede a Chosen; essa ha in programma la costruzione di un leprosario capace di duemila posti.

Nell'Equador sono stati stanziati i fondi per la istituzione di un nuovo leprosario a Guayaquel.

Assistenza ai cancerosi nel Canadà.

Il Governo della Provincia di Ontario, in cooperazione con la « Queen's University » di Kingston, ha stabilito di aprire, in questa città, un Istituto per la cura del cancro. L'Ospedale Generale fornirà venti letti ed il trattamento dei ricoverati; il Governo acquisterà una dotazione di radium; si provvederà anche ad un impianto radiologico efficiente.

Altri due istituti congeneri verranno pure organizzati, secondo un programma elaborato da una speciale Commissione.

Elargizioni e legati.

Il sig. Frederich Bauessochmidt, di Baltimora, ha legato 1.735.000 dollari per gli ospedali e le opere caritatevoli della città, cui aveva già elargito 2 milioni di dollari durante gli ultimi giorni della sua vita (si tratta complessivamente di 70 milioni di lire italiane).

Fondazione " Lady Tata ".

Questa fondazione venne creata nell'aprile 1932, con un legato del compianto Sir Dorabji Tata di Bombay, in ricordo della moglie Lady Tata, allo scopo di promuovere le ricerche sulle malattie del sangue e più specialmente sulla leucemia. Verranno assegnate delle borse di studio, di cui 1/5 sarà riservato a studiosi indù e le altre potranno conferirsi a studiosi di qualsiasi nazionalità. Nel giugno 1933 verranno assegnate 4 borse, da 400 lire sterline ciascuna (circa 25.000 lire it.), a studiosi di qualsiasi nazionalità; ogni borsa sarà valida per un anno, a partire dal 1° ottobre 1933; potrà essere rinnovata per 3 anni consecutivi. Le domande dovranno pervenire entro il 30 aprile al prof. A. Vacha, Calvin Strasse 27, Berlin N W 40, Germania.

L'Opera Nazionale Balilla.

Discutendosi al Senato del Regno il bilancio dell'educazione nazionale, il sen. Cian ha additato alla riconoscenza degli italiani l'O. N. B., che egli ha definito una delle più geniali creazioni del Regime e di cui ha illustrato la vasta e multiforme attività. Ha rilevato tra l'altro che i Balilla diventano presto entusiasti dell'igiene e ne diffondono l'amore nelle loro famiglie. Inoltre le schiere dei Balilla e delle Piccole italiane sono inviate ogni anno a irrobustirsi nelle colonie marine e montane: è uno spettacolo che esalta ed inorgoglisce.

La nuova campagna antitubercolare promossa dal Duce può vantare nell'O. N. B. il più valido appoggio. Di somma importanza è anche il rinnovamento morale operato dall'O. N. B.

Il sen. Antona Traversi si è associato; ma ha stimato doveroso di tributare analoga lode alle educatrici delle Giovani italiane.

Il ministro Ercole, a sua volta, ha rilevato che l'O. N. B. è oggi base essenziale e incrollabile del nostro organismo scolastico.

Alla Clinica odontoiatrica di Roma.

Alla fine del corso pratico dimostrativo di odontoiatria d'urgenza e profilassi odontoiatrica per medici condotti, svoltosi presso la Clinica odontoiatrica di Roma, uno degli iscritti ha rivolto al direttore della Scuola, on. prof. Amedeo Perna, un caloroso saluto di commiato manifestando a nome dei colleghi, il compiacimento per la riuscita del corso. Il prof. Perna ha vivamente ringraziato; quindi ha tenuto la lezione di chiusura sulla igiene e profilassi odontoiatrica individuale e sociale.

Il dott. Marañon.

Nella Spagna contemporanea G. Marañon è considerato una delle figure di maggior rilievo. A lui in gran parte si attribuisce il merito di aver ottenuto che la rivoluzione politica si compisse senza effusione di sangue.

Nella sua villa di Toledo venne firmato l'atto di riconoscimento della Repubblica, da parte dei rappresentanti della Monarchia. La villa era già celebre perchè in essa Tirso da Molina aveva scritto il suo capolavoro « Don Juan ».

Di recente il Marañon è stato insignito del dottorato *honoris causa* dell'Università di Parigi, titolo ambitissimo dagli studiosi.

Più volte gli sono state offerte alte cariche politiche; ma egli ha rifiutato, deciso a consacrarsi per intero ai suoi studi scientifici.

Il corso di endocrinologia che egli tiene all'Università di Madrid è sempre affollatissimo.

Vittima del dovere.

Di una setticemia contratta nell'eseguire un intervento chirurgico è morto, il 23 marzo, nella Clinica chirurgica di Strasburgo, il dott. André Bockel, incaricato del corso di urologia in quella Facoltà medica e capo servizio (primario) di urologia in quell'Ospedale Civile. Il Governo lo ha citato all'Ordine del Giorno della Nazione ed ha conferito alla sua memoria un'alta decorazione della Legion d'Onore.

Un infermiere italiano premiato in Francia.

L'infermiere valdostano Stefano Gouthier, di anni 56, occupato presso l'Ospizio Civile di Rosenfeld, nella Francia settentrionale, già insignito di medaglia d'onore dell'assistenza pubblica francese per spirito di sacrificio e atti di coraggio dimostrati nell'adempimento del suo dovere, ha donato più volte il proprio sangue. Per un ultimo episodio di generoso altruismo, è stato ora proposto per la medaglia d'oro.

Processo per internamento in un ospedale.

Un agricoltore di Sarzay (Francia), certo C. Alapetite, aveva citato giudiziariamente il suo medico, dott. Barbadault, perchè questi, avendolo trovato in una crisi demenziale acuta, lo aveva fatto internare per dieci giorni nell'Ospedale di Châtre, che accoglie malati comuni e mentali; aveva citato anche il sindaco, Gillet, il quale ve lo aveva accompagnato, e l'amministrazione ospedaliera, per internamento arbitrario. Chiedeva centomila franchi a titolo di risarcimento.

Il Tribunale civile di Châtre lo ha condannato invece a corrispondere 2000 franchi all'Ospedale, per « abuso di citazione », e 4000 franchi al medico, costituitosi parte civile; ha messo del tutto fuori di causa il sindaco.

Contro questa sentenza l'agente ha interposto appello. La Corte di Bourges ha confermato la sentenza, salvo che ha condannato anche il medico a corrispondere 4000 franchi al cliente, per infrazione del segreto professionale, avendo egli pubblicato due lettere del cliente stesso; per tal modo si è avuta equipollenza di danni dalle due parti. Data la condanna inflitta al medico, gli è stata addossata anche una parte delle spese processuali, che sono state così ripartite: un sesto a carico del medico, cinque sesti a carico della parte agente.

È morto il dott. J. MEJIAS, direttore dell'Istituto di Terapeutica biologica di Madrid, noto sovratutto per i suoi viaggi intorno al mondo, per via aerea; ha scritto un libro sull'aviazione.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Amer. Journ. Med. Sc., gen. — H. Z. GIFFIN e al. Cura dell'eritrocitemia vera. — S. G. STEWART. Eosinofilia familiare. — D. RIESMAN. Crisi vascolari. — H. S. NEWCOMER. Tempo e dosaggio nella terapia della sifilide. — C. M. CARPENTER e C. C. MCRAE. La febbre ondulante.

Presse Méd., 11 gen. — J. JULLIEN. Le forme della brucellosi umana.

Münch. Med. Woch., 13 gen. — T. GÖTT. Rachitismo cerebrale e demenza rachitica.

Minerva Med., 6 gen. — G. GHERARDINI e M. BRASI. Chetogenesi ed insufficienza epatica.

Rev. de Méd., dic. — A. BESSEMANS. Forme diverse e potere patogeno dell'agente eziologico della sifilide.

Presse Méd., 18 gen. — A. POLICARD. Silicosi polmonare.

Scalpel, 21 gen. — G. BOUCHE. Epilessia ed ipoglicemia.

Gaz. d. Hôp., 21 gen. — R. BENON. Il delirio.

Lancet, 21 gen. — M. CRITCHERY e F. F. FERGUSON. Emicrania. — C. R. ROSSITER. Ipertensione.

Folia Med., 15 dic. — V. BUONGIORNO. Alcalosi e sindromi alcalosiche.

Arch. It. di Chir., 1. — F. REDI. Calicectasie renali. — R. PAZZAGLI e G. LUCARELLI. Ricerche sperimentali sull'immobilizzazione chirurgica del torace.

Deut. Med. Woch., 20 gen. — HERZFELD e FRIEDER. La catechina della tiroide. — SPITTA. La chinina nell'influenza.

Minerva Med., 13 gen. — C. FRUGONI e E. PESERICO. Reumatismo e tbc.

Münch. Med. Woch., 20 gen. — O. FOERSTER. Lotta contro il dolore. — J. KÜHLNAU e W. STEPP. Vitamine ed ormoni.

Klin. Woch., 21 gen. — K. J. ANSELMINO e F. HOFFMANN. Sostanze protettrici antitiroidee nel sangue e nei tessuti. — W. SCHERINGER. Iperfunzione della tiroide in gravidanza.

Journ. A. M. A., 7 gen. — A. G. KING. Eclampsia senza convulsioni con esito in apoplessia cerebrale. — *Id.*, 17 gen. H. BLOTNER. Effetti dell'insulina sui magri. — H. W. JONES e L. TOCANTIUS. Trattam. della purpura emorrag.

Presse Méd., 21 gen. — M. LABBÉ. Trattam. del diabete con insulina oleosa.

Paris Méd., 21 gen. — Num. di dermatologia.

Arch. Mal. App. Dig. ecc., dic. — E. PIOT, DA SILVA LEAL. Perivisceriti.

Riv. San. Sic., 1 gen. — L. ANTOGNETTI. Regolaz. dell'equilibrio osmotico del sangue.

Arch. de l'Inst. Pasteur, gen. — G. RAMON e P. NÉLIS. Valore antigeno dell'anatossina.

Arch. Méd.-Chir. de l'App. Resp., 5. — L. DE WINTER e J. SEBRECHTS. Trattam. chirurg. della tbc. polm.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 gen. — J. PAVIOT e al. Le artropatie proteiniche, in particolare d'origine alimentare.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., gen. — D. G. DICKERSON. Trattam. chirurgico dell'emicrania.

Pathologica, 15 gen. — D. D'ANTONA. Siero antidifter. — G. DOLFINI. Eterotopia del midollo osseo nel polmone.

Bull. Ac. de Méd., 17 gen. — L. BINET. La rianimaz. del centro respiratorio.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

"IL POLICLINICO"
PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

PROSPETTO DELL'OPERA

VOLUME PRIMO.

1. **Anestesie e anestetici** - Dott. V. GHIRON, Roma.
2. **Infezioni chirurgiche in generale e loro cura**: acute - Dott. V. JURA, Roma; croniche - Dott. V. JURA, Roma.
3. **Chirurgia delle parti molli degli arti**: Pelle e suoi annessi - Dott. G. PACETTO, Roma; Sottocutaneo - Dott. G. PACETTO, Roma; Muscoli - Dott. T. LAURENTI, Roma; Tendini - Dott. G. PACETTO, Roma.
4. **Chirurgia dei vasi sanguigni** - Dott. V. GHIRON, Roma.
5. **Chirurgia dei vasi linfatici e delle ghiandole linfatiche** - Dott. V. GHIRON, Roma.
6. **Chirurgia delle ossa**: Generalità - Dott. P. VALDONI, Roma; Malattie sistemiche dello scheletro - Dott. P. VALDONI, Roma; Malattie infiammatorie acute e croniche - Dott. V. JURA, Roma; Tumori e malattie parassitarie - Prof. R. BRANCATI, Parma; Fratture in generale e in particolare - Dott. V. GHIRON, Roma.
7. **Chirurgia delle articolazioni**: Malattie infiammatorie - Dott. V. LOZZI, Roma; Tumori - Dott. V. LOZZI, Roma; Traumi delle articolazioni eccetto le lussazioni - Dott. V. LOZZI, Roma; Lussazione in generale e in particolare - Dott. V. GHIRON, Roma; Anchilosi e contratture - Dott. T. LAURENTI, Roma; Malattie di crescenza - Dott. C. MARINO-ZUCO, Roma.
8. **Deformità congenite e acquisite degli arti** - Dott. C. MARINO-ZUCO, Roma.
9. **L'indagine radiologica in chirurgia** - Dott. A. BIANCHINI, Roma.

VOLUME SECONDO.

PARTE PRIMA.

1. **Chirurgia dell'orecchio** - Prof. G. FERRERI, Perugia.
2. **Chirurgia delle fosse e faringe nasali e cavità annesse** - Prof. G. FERRERI, Perugia.
3. **Chirurgia del viso** - Prof. S. GUSSIO, Catania.
4. **Chirurgia dei mascellari** - Dott. G. MATRONOLA, Roma.
5. **Chirurgia della bocca, lingua e ghiandole salivari** - Dott. M. ASCOLI, Roma.
6. **Chirurgia della laringe e della faringe** - Prof. G. FERRERI, Perugia.

PARTE SECONDA.

7. **Chirurgia del collo**: Malformazioni congenite - Dott. P. VALDONI, Roma; Malattie infiammatorie - Dott. P. VALDONI, Roma; Tumori - Dott. P. VALDONI, Roma.
8. **Chirurgia della tiroide e paratiroidi** - Dott. M. ASCOLI, Roma.
9. **Chirurgia della mammella** - Prof. R. BRANCATI, Parma.
10. **Chirurgia del torace**: Pareti toraciche - Dott. M. ASCOLI, Roma; Mediastino e timo - Dotto toracico - Dott. M. ASCOLI, Roma; Esofago - Dott. M. ASCOLI, Roma; Pleura - Polmoni - Dott. M. ASCOLI, Roma; Cuore, pericardio e grossi vasi - Dott. M. ASCOLI, Roma; Diaframma - Dott. M. ASCOLI, Roma.
11. **Chirurgia dell'apparato genitale femminile** - Dott. A. CERMENATI, Teramo.

VOLUME TERZO.

1. **Chirurgia delle parti molli e delle ossa del cranio** - Dott. A. CHIASSERINI, Roma.
2. **Chirurgia del sistema nervoso centrale**: Chirurgia del cervello - Dott. A. CHIASSERINI, Roma; Chirurgia del midollo spinale - Prof. L. DOMINICI, Perugia.
3. **Chirurgia dei nervi periferici e del simpatico** - Dott. A. CHIASSERINI, Roma.
4. **Chirurgia della colonna vertebrale** - Dott. S. CRAINZ, Roma.
5. **Chirurgia del bacino** - Dott. P. STEFANINI, Roma.
6. **Chirurgia dell'apparato urinario**: Reni e ureteri - Dott. E. MINGAZZINI, Roma; Vescica - Dott. E. MINGAZZINI, Roma; Prostata - Dott. E. MINGAZZINI e V. LOZZI, Roma; Uretra - Dott. V. LOZZI, Roma.
7. **Chirurgia dell'apparato genitale maschile**: Testicoli e deferente - Dott. G. MATRONOLA, Roma; Vescichette seminali - Dott. V. LOZZI, Roma; Pene - Dott. V. LOZZI, Roma.

VOLUME QUARTO.

Chirurgia dell'addome: Pareti addominali - Dott. P. VALDONI, Roma; Ernie - Prof. S. GUSSIO, Catania; Peritoneo - Prof. P. VALDONI, Roma; Fegato e vie biliari - Prof. L. DOMINICI, Perugia; Pancreas - Dott. L. DOMINICI, Perugia; Milza - Dott. P. VALDONI, Roma; Stomaco - Prof. G. BAGGIO, Cagliari; Intestino tenue e colon - Dott. P. VALDONI, Roma; Appendice - Dott. P. VALDONI, Roma; Retto e ano - Dott. P. VALDONI, Roma.

☛ *Staccare* . . . .

Signor LUIGI POZZI, editore — ROMA

Avendo preso conoscenza del Prospetto di pubblicazione del MANUALE DI CHIRURGIA *dedicato al prof.* ROBERTO ALESSANDRI, *come trovasi qui sopra annunziato, mi impegno di acquistare una copia della intera opera al prezzo di Lire Trecento da potersi pagare, quale abbonato al « Policlinico », a rate mensili di Lire Venticinque ognuna.*

Pertanto vi invio contemporaneamente il mio primo versamento impegnativo di L. 25 e mi obbligo di pagarvi le rimanenti L. 275 in undici rate mensili di L. 25 ciascuna, col rimettervi ogni mese mio Vaglia Postale o Bancario di detto importo fino alla totale estinzione del debito.

In mancanza del mio diretto versamento mensile, vi riconosco il diritto di riscuotere da me l'importo della rata mediante Tratta Postale aumentata delle occorrenti spese.

Per qualsiasi controversia e per tutti gli effetti degli obblighi che derivano dal presente mio impegno, eleggo il mio domicilio in Roma, presso il vostro Ufficio.

(Residenza, data e indirizzo ben chiari) ....

....

(Firma ben leggibile) .... *(Paternità)* ....

(Luogo e data di nascita) .... (..............................)

ANNO XL Roma, 24 Aprile 1933 - XI Num. 17

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE MILITARE DI ROMA.
Direttore: Ten. colonn. medico A. MONACO.

Note su alcuni casi di febbre esantematica mediterranea.

(Dermotifo benigno estivo endemico).

Capitano medico DOMENICO LO BIANCO,
Capo reparto Infettivi.

Negli ultimi anni l'attenzione degli studiosi è stata richiamata sulle segnalazioni sempre più frequenti di speciali febbri a tipo esantematico, manifestantesi in diverse regioni del mondo, le quali dimostrano tutte una spiccata affinità tra loro ed una rassomiglianza col quadro del tifo esantematico classico.

Limitandomi alle forme descritte nel bacino del Mediterraneo ne riassumo, per maggior comprensione, le principali osservazioni, secondo i vari Autori cui esse risalgono.

Conor e Bruch a Tunisi nel 1910 osservarono dall'aprile al settembre una speciale febbre papulosa (*fièvre boutonneuse*) iniziantesi con brividi ed elevazione di temperatura a 39°-40°. La febbre è accompagnata da dolori agli arti ed alla schiena e talora da diarrea. L'eruzione si manifesta al secondo, terzo giorno, a tipo maculo-papuloso (*bouton*): da principio discreta, incomincia dall'addome e raggiunge gradatamente la faccia, il dorso e gli arti fino alle palme delle mani ed alle piante dei piedi. Lingua impaniata, sete notevole, urine scarse, stato generale buono, durata 12-15 giorni, guarigione rapida.

Il Falcioni nel 1920 descrive una forma affine agli eritemi polimorfi e ad alcune porpore, che si manifesta in primavera e nei mesi caldi, caratterizzata da eruzione che compare al 3°-4° giorno di malattia e consistente per lo più in papule ben rilevate diffuse per tutto il corpo. Tali papule, scomparirebbero alla pressione digitale ma lascierebbero scorgere talora una lievissima pigmentazione brunastra pur non diventando mai emorragiche.

La temperatura alta, dapprima continua, poi remittente, finisce per lisi o crisi protratta; la lingua è saburrale; v'è dolenzia alle articolazioni ed alle masse muscolari. Lo stato generale buono. La malattia termina in una quindicina di giorni.

Il Carducci nel 1920 richiamava l'attenzione su una malattia di cui fin dal 1910 aveva osservato in Roma alcuni casi e che per essere essenzialmente caratterizzata da febbre e da eruzione, denominava febbre eruttiva. Di essa si occupò in una monografia il dott. Cesari aggiungendo anche un'osservazione personale, ed il Filippella nel 1923 ne riferiva altri 3 casi.

Al Carducci va il merito d'avere per primo in Italia richiamata l'attenzione su tale malattia e di averla minuziosamente descritta. Egli sin d'allora la separava nettamente dal tifo esantematico e ne stabiliva i caratteri differenziali.

In data del tutto recente il Carducci riesamina la questione tra febbre eruttiva, tifo esantematico, e morbo di Brill. Egli rileva che nel tifo petecchiale è eccezionale che l'esantema non diventi emorragico, mentre è eccezionale che tale diventi nella febbre eruttiva, che nel tifo esantematico la faccia è risparmiata e l'eruzione si smorza col cessare della febbre, e per lo più dà desquamazione, al contrario di quanto succede nella febbre eruttiva. Fa rilevare che nel tifo petecchiale non è stata mai riscontrata l'escara nerastra (*tache noire*) che qualche volta si è trovata nei casi di febbre eruttiva. Infine la gravità e la contagiosità del tifo esantematico la differenzierebbero nettamente dalla febbre eruttiva.

Per il morbo di Brill, il dato differenziale più importante con la febbre eruttiva, sarebbe fornito secondo il Carducci dal laboratorio, in quanto che in quest'ultima non si sarebbe riusciti a riprodurre l'infezione nelle cavie, contrariamente a ciò che succede sia nel morbo di Brill come nel tifo esantematico. Anche in base a quest'asserzione, pur contrastante con le probative esperienze di Reitano e Boncinelli più sotto citate, conchiude per la indipendenza delle malattie pur ammettendo che i virus, tuttora ignorati di esse, possano originariamente aver avuto « qualche cosa » di comune.

Boinet e Piéri riferiscono nel 1927, su una speciale epidemia di esantema infettivo di natura indeterminata, osservatasi dal 1924 in poi nel litorale mediterraneo e specialmente nella regione Marsigliese, donde i nomi di febbre esantematica mediterranea e di febbre di Marsiglia. Tale malattia si verifica nei mesi da aprile ad agosto, isolatamente, in quartieri diversi, e raramente si ammalano più persone della stessa casa o della stessa famiglia. L'agente patogeno sconosciuto, così pure il vettore: la reazione di Weil-Felix sempre negativa. Inizio brusco, cefalea, febbre elevata continua, stato saburrale delle vie digerenti, talvolta diarrea. Al 3° giorno eruzione che s'inizia agli arti inferiori e poi al tronco, all'addome, agli arti superiori, al collo, alla nuca, alla faccia. Eruzione composta da maculo-papule leggermente rilevate di colorito roseo, poi violaceo che scompaiono alla pressione, mai petecchie. La eruzione dura una settimana poi va scomparendo. Abbastanza frequenti sintomi nervosi (delirio, tremori, Kernig, trisma). Durata totale della malattia da 15 a 20 giorni.

Spesso si è trovata una piccola escara nerastra (*tache noire*) in regioni del corpo diverse, escara che si accompagna spesso ad un ganglio voluminoso e dolente nel territorio interessato e che verosimilmente rappresenta un fatto reattivo al punto d'inoculazione. Per la diversità dell'esantema, per l'assenza di pidocchi e dello stato tifoso, per la mancanza o rarità dell'iniezione congiuntivale, per la negatività della Weil-Felix, per la mancanza di contagiosità, tale forma esantematica va dagli Autori distinta dal tifo esantematico e dal morbo di Brill.

Successivamente (1928) gli stessi Autori trovarono negli ambienti in cui vivevano i malati di febbre esantematica numerose zecche ed osservarono che la puntura di tali malati da parte di pidocchi e la successiva puntura di altri individui non produceva effetti patologici.

D. e I. Olmer nel 1927 identificano alla febbre esantematica mediterranea la febbre di Marsiglia e la *fièvre boutonneuse* e trovano spesso positiva fino a diluizioni 1/500 la Weil-Felix sino allora negata.

Allo stesso modo nel 1923 Maxcy e Havens avevano trovato positiva la reazione di Weil-Felix nel morbo di Brill.

D. e I. Olmer in base alle loro esperienze pur ammettendo che nella febbre esantematica mediterranea l'agglutinazione pel Proteux X 19 è tardiva ed a titolo basso, considerano quella come strettamente affine al morbo di Brill ed al tifo esantematico, ed avanzano l'ipotesi che in tutte le forme esantematiche tifosimili descritte nei vari paesi, si tratti di uno stesso virus che può acquistare proprietà nuove variando di serbatoio e di agente di trasmissione. Netter (1927) riporta al morbo di Brill la malattia di Marsiglia.

Questi Autori (Olmer, Netter) in seguito (1932) identificano la febbre esantematica del litorale alla febbre bottonosa ma rivedendo le loro precedenti opinioni pensano che essa deve differenziarsi dal tifo esantematico e dal morbo di Brill.

Pecori nel 1929 in una interessante comunicazione ritiene che le forme descritte dagli Autori italiani e francesi siano sostanzialmente identiche e parla di « dermotifo estivo non diffusibile » sostenendo anche l'identità di

questa forma col morbo di Brill oggi ritenuto per consenso generale una forma attenuata di tifo esantematico, un tifo esantematico benigno.

Il Pecori riporta il confronto con i casi leggeri di tifo esantematico, ed insiste sul fatto che anche in alcuni casi di febbre eruttiva si può trovare lo stato stuporoso che è classico nel tifo esantematico. Il decorso e la sintomatologia sono per il Pecori sfumature di uno stesso quadro che ha al vertice il tifo esantematico e poi il morbo di Brill, al quale si identificherebbe la febbre eruttiva. Egli osserva che le differenze cliniche invocate non sono tali da permettere una distinzione netta tra le due forme: anche nel tifo esantematico e nel Brill, la eruzione presenta sempre un lieve rialzo: la trasformazione petecchiale mentre non è costante nel tifo esantematico, si può osservare anche nella febbre eruttiva.

I reperti istologici e le piccole macchie bruniccie che nella febbre eruttiva residuano dopo la malattia, sono espressioni di fenomeno emorragico. I caratteri istologici delle lesioni vascolari (endotelite desquamativa e proliferativa e perivascolarite nodulare) salvo piccole differenze di grado, sono uguali nel tifo esantematico e nella febbre eruttiva osservata in Roma. Non di rado nel tifo esantematico è stata osservata l'eruzione al viso, e d'altra parte nella febbre eruttiva non manca se pur in lieve grado, l'iperemia congiuntivale.

La Weil-Felix è positiva in gran numero di casi, specie se si ha cura di praticarla tardiva mente o addirittura in convalescenza, e di sperimentarla più volte usando diversi stipiti di Proteus.

Il Pecori richiama anch'egli l'attenzione sulla non contagiosità della malattia, sull'assenza del pidocchio, sulla presenza in molti casi sia sull'ammalato che nell'ambiente, di zecche, sulla constatazione, però non frequente, di una lesione necrotica cutanea identica a quella (*tache noire*) descritta dai francesi nella *fièvre boutonneuse* e nella febbre di Marsiglia.

Il carattere stagionale della febbre esantematica mediterranea è per il Pecori altro dato probativo all'ipotesi della trasmissione da parte delle zecche, poichè appunto dal maggio all'ottobre è dato trovare le zecche sui cani.

Infine il Pecori ricordando che le larve e le ninfe delle zecche si attaccano facilmente ai piccoli mammiferi, mentre le zecche adulte si trovano sui grossi, affaccia l'ipotesi che il topo possa esser serbatoio comune per la febbre eruttiva, pel morbo di Brill e pel dermotifo vero, e che il virus possa essersi attenuato o modificato nel passaggio attraverso un ospite inadatto e diverso secondo i climi ed i paesi.

In una recente pubblicazione (1932) il Pecori ribadisce le sue argomentazioni ed afferma che « la speciale forma esantematica estiva che si osserva sul litorale mediterraneo (e anche in Italia) causata da punture di zecche del cane (*Rhipicephalus sanguineus*) infette, « dev'essere riferita all'azione d'un virus derivante da quello del tifo esantematico classico, modificato ed attenuato attraverso un ospite inadatto: donde la sua benignità. La poca diffusibilità, l'assenza di contagiosità di questa, come delle altre forme, sono la conseguenza della non facile evenienza che l'artropode vettore punga l'uomo. Il carattere stagionale è in relazione col ciclo di vita di detto artropode ».

Blanc e Caminopetros nel marzo scorso, hanno pubblicato i risultati delle loro ricerche sulla malattia che si osserva in Grecia, identica alla *fièvre boutonneuse* osservata a Tunisi, e riferiscono sulla sua accertata trasmissibilità sperimentale all'uomo ed agli animali di laboratorio a mezzo dell'inoculazione della comune zecca del cane il *Rhipicephalus sanguineus*. Il Blanc fa notare che le zecche virulente erano quelle captate non nelle località interne della Grecia ma nelle località marittime e portuali ove precisamente sono più frequenti i topi ai quali il *Rhipicephalus* può anche attaccarsi. Gli stessi Autori negano al cane ogni valore quale serbatoio di virus affermando che la zecca è per sè stessa vettore e serbatoio naturale del virus che può anche trasmettere in via ereditaria alla prole.

P. Durand dimostra la costante possibilità di ottenere con accorgimenti speciali, positiva la reazione di Weil-Felix nella stessa malattia e Durand e Laigret sempre in questo corrente anno, accertano la sensibilità di alcuni roditori al virus della febbre bottonosa di Tunisi e danno la prova sperimentale che la cosidetta febbre esantematica di Marsiglia immunizza contro la febbre bottonosa di Tunisi.

Importanti constatazioni hanno fatto recentemente Reitano e Boncinelli. Essi sperimentando nella febbre esantematica di Roma hanno trovato la Weil-Felix positiva nei cani del suburbio in una discreta percentuale dei casi (19 %) ciò che induce a ritenere che i cani non solo siano suscettibili di infezioni latenti ma possano eventualmente rappresentare uno dei serbatoi di virus della febbre esantematica; col prodotto di triturazione delle zecche del cane sono riusciti a provocare nell'uomo la malattia tipica dando con ciò l'inoppugnabile prova che la zecca dei cani (*Rhipicephalus sanguineus*) è l'agente trasmettitore della febbre esantematica di Roma.

Han dimostrato altresì che la cavia ed il ratto albino, inoculati con prodotti virulenti

possono serbare il virus nel loro cervello, in assenza di sintomi morbosi (infezione inapparente). Al 3° passaggio, in seguito a inoculazione di cervello di cavia han riprodotto la malattia all'uomo col suo quadro tipico.

Infine con il prodotto di triturazione delle zecche e con il sangue del cane, hanno potuto determinare negli animali di laboratorio alterazioni varie, specie a carico del cervello e dei testicoli, e nell'uomo una infezione larvata che si manifesta solo con la positività della Weil-Felix.

*
* *

Nel settembre u. s. sono capitati alla mia osservazione nel reparto Infettivi di questo Ospedale tre casi di febbre esantematica di cui brevemente riassumo il diario clinico.

CASO I. — M. F., di anni 25, agente di P. S. Entra il 2 settembre al 2° reparto Medicina da dove il 5 settembre viene trasferito al reparto Infettivi.

Negativa l'anamnesi personale e familiare. Riferisce che il 30 agosto u. sc. notava malessere generale astenia, anorressia, febbre. Per tali disturbi fu ricoverato all'infermeria del corpo. Al 4° giorno per un esantema sopraggiunto, per la febbre alta e per l'aggravarsi delle condizioni generali venne trasferito in ospedale, Prestava servizio al canile della Scuola Tecnica di Polizia Scientifica ed era addetto alla pulizia dei cani che albergavano molti ectoparassiti (zecche); ammette di essere stato punto con molta probabilità.

Durante la degenza si sono osservati i seguenti sintomi: febbre: durante i primi 9 giorni di degenza si mantiene tra i 39° e 40° con lievi remissioni mattutine; nei giorni successivi la temperatura subisce da prima forti remissioni mattutine e poi gradatamente decresce sino a che al 15° giorno di degenza (18° di malattia) è apirettico (lisi rapida).

Polso ritmico, frequente, corrispondente alla temperatura, alquanto ipoteso.

Stato generale piuttosto grave durante i primi 9 giorni di degenza. Sensorio ottuso, a volte delirio nelle ore serali e notturne, cefalea. Iperemia congiuntivale intensa, specie bulbare, che persiste durante tutta la durata del periodo febbrile e svanisce man mano in convalescenza.

Al 1° giorno di degenza diarrea, poi stitichezza; l'alvo si regolarizza a partire dal 12° giorno di degenza. La lingua è impaniata, arrossata ai margini e alla punta, asciutta per i primi 9 giorni di degenza, poi si fa umida e si depitelizza.

Al 6° giorno di degenza (9° di malattia) epistassi, al 9° giorno cefalea violenta, penosa. Sin dai primi giorni viene accusato dolore agli arti inferiori ed alle articolazioni delle gambe. Al 7° giorno di degenza l'ammalato accusa vivo dolore alle articolazioni dei gomiti e radiocarpiche. I dolori diffusi agli arti vengono accusati anche all'inizio della convalescenza e con più insistenza si precisa allora un dolore alle articolazioni scapolo-omerali. L'esame degli organi interni riesce negativo, tranne lieve tumore di milza che si palpa un po' al disotto dell'arcata costale a margine arrotondato. Nei primi giorni, pollachiuria.

L'esantema è apparso al 4° giorno di malattia: è prevalentemente papuliforme. Si notano però numerosi elementi maculari, di cui alcuni appena rilevati, e più numerosi elementi papulosi della grandezza da un acino di miglio ad una lenticchia, rotondeggianti, di colorito rosso-scuro la maggior parte, altri di colorito roseo, che scompaiono alla pressione, molto ravvicinati tra loro ma non confluenti.

L'esantema è diffuso a tutto il tronco, è più fitto agli arti, scarsi elementi si riscontrano alla faccia, specie alla fronte, e qualcuno anche alle palme delle mani ed alle piante dei piedi, non è pruriginoso. Nei giorni seguenti si nota la trasformazione di alcune macule in papule e di altre in petecchie. L'eruzione si mantiene più a lungo negli arti inferiori, mentre nel tronco sin dal 10° giorno di degenza (13° di malattia), comincia a sbiadire; man mano le papule s'appiattiscono e scompaiono. Al 20° giorno di degenza si nota desquamazione furfuracea. Residuano molto a lungo sino a convalescenza avanzatissima, macchie bruniccie poi giallastre che sono ancora visibili all'atto della dimissione dall'ospedale (18-X-1932).

Nelle urine tracce d'albumina.

L'emocultura ripetutamente negativa.

Negativa l'agglutinazione per tifo e paratifi.

Positiva la Weil-Felix al 17° giorno di malattia al titolo 1/320 col ceppo X 19 Felix; al 29° giorno dall'inizio della malattia, in piena convalescenza, la Weil-Felix è positiva al titolo di 1/40 col ceppo Berna.

CASO II. — R. A., di anni 23, agente di P. S. Entra il 5 settembre al 1° reparto medicina, da dove l'8 settembre viene trasferito al reparto infettivi.

Negativa l'anamnesi personale e familiare.

Riferisce che il 1° settembre u. s. fu colpito in pieno benessere, da astenia, dolenzia a tutte le articolazioni, forte cefalea e febbre che iniziò senza brivido. Ricoverato all'infermeria del corpo, dopo 4 giorni di degenza veniva trasferito in ospedale. Durante la degenza all'infermeria la febbre si è gradatamente elevata sino ad un massimo di 39°, ed al 3° giorno di malattia comparve esantema che presto si diffuse per tutto il corpo.

Prestava servizio al canile della Scuola Tecnica di Polizia ed era addetto alla pulizia di alcuni cani che albergavano numerosi ectoparassiti (zecche); ammette che sia stato molto probabilmente punto. Durante la degenza si sono osservati i seguenti sintomi.

Febbre: durante i primi tre giorni di degenza tra i 38,3 e 39,6, con remissioni mattutine piuttosto ampie; nei successivi tre giorni la temperatura decresce e subisce forti remissioni mattutine, sino a che al 7° giorno di degenza (11° di malattia) è apirettico (crisi protratta). Polso normale nei suoi caratteri, con frequenza corrispondente alla temperatura. Stato generale buono, sensorio sveglio. Non iperemia congiuntivale, lieve iperemia faringea nei primi giorni. Alvo stitico. Lingua impaniata, leggermente arrossata ai margini. Nei primi giorni di malattia cefalea e dolori alle articolazioni ed alle sure, questi vengono accusati anche all'inizio della convalescenza.

L'esame degli organi interni è negativo, solo la milza si palpa all'arcata costale. L'esantema è comparso al 3° giorno di malattia: è composto di elementi papulosi ben rilevati, rotondeggianti di colorito roseo, dalle dimensioni medie di una lenticchia, che scompaiono alla pressione, che costellano, non fittamente, il tronco e specie gli arti inferiori. Nel tronco le papule prevalgono sulla cute dell'addome, agli arti inferiori nella superficie estensoria. Qualche papula è presente alla fronte ed alle guance. Alle palme delle mani ed alle piante dei piedi si notano alcuni elementi maculosi. L'eruzione impallidisce rapidamente appiattendosi e residuando macchie lenticolari bruniccie. Già all'11° giorno di malattia è raro trovare ancora qualche elemento papuloso, e questo solo agli arti inferiori. Non è stata constatata alcuna petecchia, nè è stata apprezzata desquamazione. Le macchie bruniccie diventano in convalescenza giallastre e lentamente sbiadiscono sempre più e come nel caso precedente sono ancora visibili all'atto della sua dimissione dall'ospedale (18-X-1932).

L'esame delle urine è stato negativo.

L'emocultura negativa.

Negativa l'agglutinazione per tifo e paratifi.

Positiva la Weil-Felix al 14° giorno di malattia ai titolo di 1/320 col ceppo X 19 Felix, al 27° giorno dall'inizio della malattia, in piena convalescenza, la Weil-Felix è nuovamente positiva al titolo 1/320 col ceppo K.

CASO III. — M. B., di anni 28, agente di P. S. Entra il 6 settembre al 1° reparto medicina da dove l'8 settembre viene trasferito al reparto infettivi. Nel'anamnesi personale e familiare nulla di notevole. Riferisce che il 3 settembre u. sc. notava malessere generale, cafalea, dolore a tutte le articolazioni specie a quelle degli arti inferiori ed alle sure, febbre. Ricoverato all'infermeria del corpo, la febbre che dapprima superava di poco i 37°, si elevò presto tra i 39° e 39,5. Al 3° giorno di malattia comparve esantema, e per l'aggravarsi delle condizioni generali, venne trasferito all'ospedale. Prestava servizio al canile della Scuola Tecnica di Polizia ed era addetto alla pulizia dei cani. Ritiene molto probabile di essere stato punto da qualcuno dei numerosi ectoparassiti che albergavano sui cani da lui tenuti in custodia.

Durante la degenza si è osservato: febbre: durante i primi 8 giorni di degenza si è mantenuta tra i 39° e i 40°, con lievi remissioni mattutine, nei giorni successivi la temperatura subisce dapprima forti remissioni mattutine e poi gradatamente decresce, sino a che, al 13° giorno di degenza (16° di malattia), è apirettico (lisi rapida). Polso bradicardico rispetto alla temperatura, leggermente dicroto, ritmico, alquanto ipoteso.

Durante i primi giorni stato generale piuttosto grave, lieve stupore, sonni agitati, forte cefalea remittente al mattino, lieve iperemia congiuntivale; alvo ostinatamente stitico, lingua impaniata, asciutta, leggermente arrossata ai margini ed alla punta, faringe iperemico, addome leggermente meteorico; al torace qualche rantolo e più numerosi ronchi e sibili; milza palpabile nelle profonde inspirazioni. L'infermo lamenta sempre dolori alle giunture, specie agli arti inferiori, e senso di formicolio alle dita ed alle mani. I dolori agli arti vengono accusati anche all'inizio della convalescenza, e con più insistenza si precisa allora, dolorabilità alle articolazioni scapolo-omerali. L'esantema è apparso al 3° giorno di malattia; è prevalentemente papuliforme, di colorito roseo e scompare alla pressione, non è pruriginoso. Gli elementi sono abbastanza ravvicinati tra di loro, a disposizione irregolare, della grandezza da un acino di miglio ad una lenticchia, rotondeggianti.

L'esantema è diffuso in tutto il tronco ed agli arti, specie agli inferiori e nella superficie estensoria, quivi ha un colorito più acceso. Qualche elemento papuloso notasi alla fronte. Scarse macule, di cui alcune non scompaiono interamente alla pressione, ma al seguito di questa si apprezza ben evidente una lieve soffusione ematica. Alle palme ed alle piante qualche raro, non ben netto, elemento maculoso. Col cadere della febbre l'esantema comincia a impallidire (11°-16° giorno di malattia). Al 24° giorno dall'inizio della malattia si nota desquamazione furfuracea. Residuano per parecchio tempo ancora, e sono ancora visibili all'atto della dimissione dall'ospedale (18-X-1932) macchie bruniccie poi giallastre.

Nelle urine tracce d'albumina.

Emocultura negativa. Negativa l'agglutinazione per tifo e paratifi. Negativa la Weill-Felix al 12° giorno di malattia con tutti i ceppi adoperati; al 25° giorno dall'inizio della malattia, in convalescenza, la Weil-Felix è positiva al titolo di 1/640 col ceppo K.

Dall'esame di questi tre casi si nota un'identità dei sintomi capitali, ma una diversa gradazione di essi ed un diverso seguito di sintomi accessori che spiegano come il 1° caso sia stato molto grave, meno grave il 3° caso, mite il 2° Tra i sintomi capitali, la febbre in tutti e 3 i casi ascende rapidamente ma non bruscamente, ha un periodo di stato, questo è diverso nella durata e nella intensità, corrispondentemente allo stato più o meno grave; decresce poi per crisi protratta o lisi rapida, corrispondentemente alla gravità del decorso precedente.

In tutti e tre i casi si notano dolori articolari, cefalea, stato saburrale delle vie digerenti con stitichezza: nel 1° caso diarrea al 1° giorno, cui seguì stitichezza. I fenomeni nervosi: stato leggermente stuporoso, sensorio ottuso delirio, agitazione, e così pure l'iperemia delle congiuntive, sono presenti nei due casi gravi. In questi casi si presentano anche sintomi accessori: epistassi, lieve bronchite, ipotensione arteriosa. Il polso nel 3° caso è stato bradicardico, leggermente dicroto. Negli altri due invece, era in egual rapporto alla temperatura. In tutti e tre i casi lieve tumore di milza, tanto maggiore quanto più gravi erano i sintomi infettivi. In tutti e tre i casi, esantema che compare al 3°-4° giorno e che sbiadisce con lo scomparire della febbre. L'esantema si presenta sostanzialmente identico: le lievi differenze nei tre casi, sia nella morfologia che nel numero e colore degli elementi sono da riportarsi a gradazioni d'intensità. È prevalentemente papuli-

forme, ma si notano anche macule e petecchie, e queste tanto più numerose quanto più grave si presenta il quadro morboso. Anche il numero ed il colore degli elementi in questi tre casi, è in rapporto alla gravità di essi: numerosissimi e di color rosso scuro nel 1° caso, rosso pallido e non molto numerosi nel 2°. La disposizione dell'esantema è uguale in tutti e tre i casi: prevale alle superfici estensorie degli arti inferiori. All'esantema residuano macchie bruniccie poi giallastre, evidente espressione di fenomeno emorragico, e tali macchie sono tanto più persistenti quanto più rosso era il colorito dell'esantema e corrispondentemente quanto più grave il decorso della malattia. Nei due casi più gravi si notò desquamazione. La durata della malattia nel 1° caso fu di 18 giorni, nel 2° 11 giorni, nel 3° 16 giorni; corrisponde a ciò la diversa gravità del decorso: nei primi due casi la Weil-Felix che non fu potuta praticare precocemente, risultò positiva a malattia avanzata ed in convalescenza, sperimentandola con numerosi stipiti di Proteus (X 19 Felix; X 2 Felix - Berna - Siria - Kingsbury). Nel 3° caso fu negativa ancora al 12° giorno di malattia, positiva in convalescenza. In nessuno dei tre casi fu possibile constatare la « tache-noire », o comunque lesioni cutanee riferibili a puntura d'inoculazione.

Tutti e tre i casi si ebbero quasi contemporaneamente (dal 30 agosto al 3 settembre) al canile della Scuola Tecnica di Polizia, in persone addette alla pulizia di cani che albergavano numerosi ectoparassiti (zecche).

Da tale disamina sorge evidente l'identità di questa febbre eruttiva osservata in Roma con la *fièvre boutonneuse*, la febbre di Marsiglia, la febbre esantematica osservate in tutto il bacino del Mediterraneo. L'identità clinica di queste febbri, che sarebbero tutte da raggruppare sotto la denominazione comune più comprensiva di « *dermotifo benigno estivo endemico* », è evidente anche con il morbo di Brill, nè si vede quali netti caratteri differenziali potrebbero separare questo da quelle.

Si è creduto da alcuni AA. di poter porre a carattere differenziale tra le varie malattie esantematiche in quistione e tra queste e il tifo esantematico attenuato, la morfologia ed il colore e la disposizione dell'esantema, ma altri AA. negano a tali dati un valore differenziale ed i tre casi capitati alla mia osservazione confermerebbero quest'ultimo modo di vedere. Infatti come si è detto, i caratteri dell'esantema erano nei casi riportati, sostanzialmente identici e le lievi differenze da attribuirsi a gradazioni d'intensità.

Così non sembra esatto asserire che nelle febbri in questione l'esantema non abbia carattere emorragico o lo abbia solo eccezionalmente, e non vi sia desquamazione, e fare di questi dati negativi altrettante note differenziali col tifo esantematico e col morbo di Brill. I casi suddescritti, gli esami istologici praticati da alcuni AA., le macchie bruniccie e poi giallastre costantemente rilevate come residuo dell'esantema, smentiscono quell'asserto.

Così pure fenomeni nervosi, fatti congestizi delle congiuntive, ipotensione arteriosa, fatti bronchiali, epistassi ecc., sono stati presenti nei miei casi e tanto frequentemente sono stati da altri rilevati da poter essere invocati più come dati di conforto alla tesi dell'identità clinica di questo gruppo di febbri col morbo di Brill e dell'affinità col tifo esantematico, che come dati differenziali con queste affezioni.

In effetti in tutte queste malattie si riscontrano sempre, come sintomi capitali, la febbre alta continua per circa due settimane, fenomeni nervosi vari ed esantema maculo-papuloso spesso petecchiale. Nel decorso delle varie malattie questi sintomi presentano diversa intensità, come diversa intensità presentano anche nei diversi casi della stessa malattia. È logico ammettere che queste variazioni d'intensità possono essere in rapporto a variazioni di virulenza di uno stesso virus. Le coorti di sintomi accessori elencati dai vari AA. nelle singole malattie, ad un'attenta critica perdono il valore di sintomi differenziali.

In quanto alle differenziazioni che si vogliono stabilire su criteri sierologici in base all'allegata negatività della Weil-Felix nelle malattie in quistione, è da osservare che detta reazione non sarebbe per alcuni specifica e tale da assicurare dei criteri assoluti di differenziazione, in quanto che in essa il Proteo è un semplice testimone non patogeno. La reazione sarebbe o un fenomeno di para-agglutinazione, o sarebbe dovuta semplicemente ad un aumento delle agglutinine normali, per altri infine sarebbe testimone d'una infezione mista: da virus esantematico con infezione secondaria da proteo. La Weil-Felix è stata trovata positiva (sia pure eccezionalmente) in casi di febbri tifoide, paratifoide e ricorrente.

Ma a parte questa considerazione, le ricerche degli ultimi anni hanno rivelato che, contrariamente a quanto da molti si riteneva, essa è positiva nelle forme morbose su ricordate, purchè sia vagliata con diversi stipiti di Proteo e in diversi periodi della malattia.

In di più quando si operi con accorgimenti speciali (separazione delle « O formen » dalle

« H formen » ed eliminazione di queste) si può con relativa sicurezza assegnare alla Weil-Felix un valore assoluto, specifico. In tal modo Reitano, eliminando col calore le ciglia (H formen) dal corpo batterico (O formen) del Proteus, ha avuto positiva la Weil-Felix nella febbre eruttiva di Roma, e altri ricercatori (Felix) in altre delle su ricordate forme morbose.

Quindi in definitiva le prove sierologiche più che allontanare riporterebbero queste forme morbose al tifo esantematico con la sola differenza della tardività della reazione e del titolo generalmente basso.

L'epidemiologia di queste malattie è nella sua più attiva fase di studio e pertanto i criteri di differenziazione che si vogliono porre su quella base sono allo stato attuale incerti.

Infatti è vero che il vettore delle epidemie di tifo esantematico storico è sempre il pidocchio mentre nelle forme morbose in quistione sono state accertate come agenti vettori le zecche, ma queste differenze di modalità di trasmissione se spiegano la mancanza di diffusibilità delle infezioni tifosimili in quanto il pidocchio dei vestiti, contrariamente alla zecca canina, è parassita obbligato dell'uomo, non infirmano il sospetto che il virus possa essere unico, mentre diversi possono essere i serbatoi ed i vettori del virus stesso (Pecori).

L'assenza del pidocchio dei vestiti non può aver dunque valore differenziale nei riguardi del virus, come non ne può avere la comparsa stagionale che per il tifo esantematico è invernale mentre per le altre forme morbose in quistione è generalmente estiva. Nemmeno nel morbo di Brill, la cui comparsa è estiva, sono stati osservati pidocchi, e sulla identità del tifo petecchiale con il morbo di Brill non è più da discutere dopo le prove di Anderson e Goldberger e poi di Maxcy che col sangue di malato di tifo esantematico inocularono una scimmia già trattata col sangue di malato di morbo di Brill e viceversa, e l'animale resistette sempre alla seconda inoculazione dimostrando d'aver acquistato con la prima un'immunità anche in rispetto al virus successivamente iniettato.

La comparsa stagionale è in rapporto al vettore e non al virus.

Incerto è poi ogni criterio differenziale che si voglia porre in relazione ai serbatoi del virus, non essendo ancora ben accertato se nel tifo esantematico, come nel Brill, debba considerarsi l'uomo come unico serbatoio, e nella febbre esantematica solamente il cane. Da molti autori vengono sospettati i roditori come sorgente comune d'infezione.

Troppo incerto infine è ancora lo studio sulla presenza o meno delle Ricketsie per poter servire da base differenziale. Si può dire tuttavia che in tutte le infezioni del gruppo tifo esantematico le Ricketsie sono in quistione.

Questi pochi accenni bastano a far considerare che anche i criteri epidemiologici, allo stato attuale non sono sufficienti a differenziare le varie forme morbose tifosimili compreso il morbo di Brill, che tutt'al più possono servire a distinguere queste dal tifo esantematico classico per la diversa comparsa stagionale e per il diverso vettore. Distinzione questa avvalorata dalla clamorosità dei sintomi clinici che impongono alla malattia un diverso decorso ed una diversa prognosi, e dalla precocità ed alto titolo delle prove sierologiche nel tifo classico.

Distinzione, ma non assoluta separazione, poichè l'identità dei sintomi clinici e sierologici è ben distinguibile pur attraverso la diversa intensità. Allo stato attuale l'unica netta separazione sembra essere solamente a carico dell'agente vettore, e ciò dà ragione della diversa comparsa stagionale e presumibilmente della attenuazione del virus originariamente identico.

Tali concetti hanno recentemente ricevuto sanzione al 1° Congresso internazionale d'igiene mediterranea (24 settembre 1932), ove a conclusione della discussione relativa alla febbre « bottonosa » si è affermato che essa e tutte le forme similiari debbono riportarsi al gruppo tifo esantematico.

RIASSUNTO.

Prendendo spunto da tre casi capitati sotto la sua osservazione l'Autore fa una breve disamina delle febbri a tipo eruttivo tifosimili osservate da circa un ventennio nel bacino mediterraneo. Dalla rassegna critica sull'argomento e dal quadro clinico osservato nei casi personali, sorge evidente, secondo l'Autore, l'identità della febbre eruttiva di Roma con la *fièvre boutonneuse*, la febbre di Marsiglia, la febbre esantematica mediterranea. L'identità di queste febbri che secondo l'Autore, in comunità di vedute col Pecori, sarebbero tutte da raggruppare sotto la denominazione comune, più comprensiva di « *dermotifo benigno estivo endemico* » è evidente anche con il morbo di Brill che sarebbe la forma morbosa più vicina al tifo esantematico classico nel cui ambito è da riportare in definitiva tutto questo gruppo di febbri.

BIBLIOGRAFIA.

BLANC e CAMINOPETROS. Arch. Inst. Pasteur de Tunis, marzo 1932.

BOINET e J. PIÉRI. Bull. de l'Acad. de médicine, 4 ott. 1927; La Présse Médicale, 31 ott. 1928.

BRUCH. Arch. Inst. Pasteur de Tunis, agosto 1914.

BURNET. La Présse Médicale, 1928.
CARDUCCI. Rivista Ospedaliera, 1920, n. 9-10; Policlinico, Sez. Prat., 1932, n. 42.
CAVALLETTI. Rivista Ospedaliera, 1929, n. 7.
CESARI. Casa Ed. Giuseppe Cesari, Ascoli Piceno, 1921.
CONOR e BRUCH. Bulletin de Pathologie Esotique, 1910.
DURAND e LAIGRET. Arch. Inst. Pasteur de Tunis, marzo 1932.
FALCIONI. Policlinico, Sez. Prat., 1920, n. 13.
FILIPPELLA. Ibid 1923.
LA TERZA. Ann. di Med. navale e coloniale, maggio giugna 1929.
NÉTTER. Bull. de l'Acad. de Médicine, 28 gennaio 1918; 19 luglio 1927.
OLMER. Ibid., 19 luglio, 1927; La Présse Médical, 5 nov. 1927; Paris Médical, 1928; Annali d'Igiene, 1929, n. 1; Policl., Sez. Prat., 1932, n. 35.
PECORI. Annali d'Igiene, 1929, n. 1; Policl., Sez. Prat., 1932, n. 35.
PLAZY, MARÇON e CARBONI. Bull. de l'Acad. de Médicine, 15 nov. 1927.
REITANO e BONCINELLI. Policlinico, Sez. Prat. 1932, n. 36.
SAMPIETRO. Annali d'Igiene, 1919-20.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI BARI
diretto dal Prof. C. RIGHETTI.

Considerazioni su di un caso di formazione cistica del collo femorale complicata a frattura.

(Nota clinica).

Dott CARMELO TRINCHERA, 1° assistente e doc.

La letteratura sulle cosidette cisti delle ossa lunghe (cisti, pseudo-cisti) è certamente molto abbondante, ciò non di meno, come si rileva dalla recente relazione del Forni — ottobre 1931 —, che ha messo egregiamente a punto quanto allo stato attuale si conosce dell'argomento, non poche lacune tuttora esistono sovratutto sulla loro etiopatogenesi.

Il caso qui riportato però non ha valore a tale riguardo, tanto più che non è corredato dal reperto istologico, mentre a buon diritto può rivestire un qualche interesse dal lato della terapia, dove per altro maggiore è l'accordo, perchè l'ottimo esito da esso conseguito non convalida la tendenza che si va affermando nel trattamento di queste forme morbose.

Com'è noto, l'indirizzo terapeutico che ora, in linea di massima, raccoglie i maggiori consensi nelle cisti ossee, *specialmente se voluminose e complicate da frattura*, si basa quasi sempre sull'intervento operatorio, per lo più conservativo (raschiamento della cavità e trapianto autoplastico); riservando l'attesa soltanto, come dice il Forni che sintetizza le opinioni prevalenti, alle cisti piccole indolori, le quali subiranno ripetutamente controllo clinico e radiografico. Ed infatti nel nostro infermo, che presentava appunto frattura completa in sede di formazione cistica molto voluminosa, sarebbe stato praticato un tale intervento se i famigliari non si fossero decisamente opposti.

Riferisco brevemente la storia clinica.

M. Antonio, di anni 9, da Bari; entra di urgenza in Clinica per il nostro Pronto Soccorso, il 18 ottobre 1931, per probabile frattura del femore destro al terzo superiore.

Nulla di notevole nel gentilizio, nè in via collaterale, nè ascendente. Nato a termine da parto fisiologico. La madre ebbe 4 gravidanze regolari, nessun aborto. Dentizione e deambulazione in tempo normale. Ha mai sofferto malattia degna di nota.

FIG. 1. — M. Antonio, anni 9. (21 ottobre 1931: *data della frattura*).

L'infermo riferisce di essere caduto mentre in pieno benessere giuocava con altri coetanei, perchè spinto violentemente in avanti da uno di questi.

Il p. accusò subito dolore non molto intenso in corrispondenza della radice della coscia destra ed impossibilità a rialzarsi da solo per impotenza

funzionale completa dell'arto inferiore destro. Egli dice che da qualche mese, specialmente nella corsa o più ancora nei salti avvertiva dolore piuttosto modico alla regione inguino-crurale di destra, che gli causava un discreto grado di zoppicamento. Nulla l'infermo ha avuto mai a notare all'anzidetta sede dolorifica, nè altro particolare disturbo generale o locale (febbre, ecc.).

Il piccolo infermo, a dire della madre, non ha subito alcun mutamento nello stato generale.

Esame obiettivo. Conformazione e sviluppo generale normali, stato di nutrizione buono, apparato scheletrico originariamente regolare, masse muscolari toniche e trofiche, pannicolo adiposo scarso. Nulla si rileva a carico dei vari organi ed apparati del torace e dell'addome.

Esame locale. L'arto inferiore di destra presenta lieve rotazione esterna, scorciamento di 4 centimetri a carico del femore destro, impotenza funzionale completa, nei movimenti passivi dolore non molto rilevante però in corrispondenza della regione inguino-crurale. È dolente anche la pressione sul gran trocantere, dolorabilità che si accentua nei movimenti passivi di rotazione dell'arto. Non rumore di scricchiolio, non ecchimosi. Cute di aspetto normale su tutto l'ambito, non particolare sviluppo del reticolo venoso.

L'esame radiologico del femore destro in posizione antero-posteriore e latero-laterale fa rilevare che l'ampio tratto costituito da tutto il collo e la metafisi superiore, è notevolmente aumentato di volume in toto a contorno irregolare, di aspetto cistico con concamerazioni, per la presenza di areole chiare, di varia forma e grandezza, circoscritte da setti di tessuto osseo più denso.

Nell'ambito di tale formazione, passata del tutto inosservata precedentemente, si rileva una frattura completa del tipo cervico-trocanterica (vedi figura 1) con evidente incastro del moncone superiore costituito dalla parte distale del collo femorale nel massiccio trocanterico. Ciò spiega i fatti obbiettivamente osservati della rotazione esterna di modico grado dell'arto e della mobilità praeternaturale poco marcata; mentre la frattura in sede di osso non normale giustifica il dato subiettivo del dolore *tenue* locale. Unico segno questo invero che avrebbe potuto far sospettare la frattura patologica, insieme al criterio di estrema rarità delle fratture del collo femorale nei ragazzi.

FIG. 2. — M. Antonio, anni 9. (18 gennaio 1932: *tre mesi dopo la frattura*).

FIG. 3. — M. Antonio, anni 9. (27 settembre 1932: *undici mesi dopo la frattura*).

Con la diagnosi di frattura del collo femorale in sede di probabile cisti ossea, viene proposto un trattamento cruento ch'è decisamente rifiutato dai parenti.

Fu allora applicato un apparecchio a trazione sull'arto mantenuto in abduzione e rotazione interna. Dopo circa quattro mesi il P. riprese gradualmente a camminare (v. fig. 2). L'infermo venne così dimesso il 12 febbraio 1932, consigliandogli di farsi rivedere. Più volte infatti è tornato, e già qualche mese più tardi la deambulazione si compiva in modo quasi normale.

Il 27 settembre 1932, a circa un anno di distanza dalla frattura, il ragazzo è in ottime condizioni di nutrizione e sanguificazione, assai migliori che all'epoca del ricovero in Clinica. La deambulazione è perfetta, nessun grado di zoppicamento rilevabile. I movimenti attivi e passivi dell'arto inferiore di destra tutti possibili e completi. Nessuna benchè minima dolorabilità in sede della pregressa frattura. La coscia di destra presenta un

accorciamento di 1/2 cent. appena rispetto a quella dell'altro lato.

Dalla radiografia in tale data risulta uno spiccato addensamento uniforme di tutta la zona cistica, dato indubbiamente dal processo di ricalcificazione. È bene evidente anche la cartilagine di coniugazione superiore, il che assicura l'ulteriore accrescimento del femore. (v. fig. 3).

Durante il lungo periodo di degenza in Clinica il p. non ebbe mai febbre sia pur lieve. Più volte venne praticato puntura esplorativa nella formazione cistica con ago grosso. Questo vi penetrava senza eccessiva difficoltà e non si percepiva la sensazione di essere in una cavità libera. Si è sempre estratto scarso liquido siero-ematico, che non ha mai dato luogo a sviluppo di alcun germe, ed all'esame microscopico risultava costituito da emazie e da scarsi, voluminosi elementi polinucleati.

La reazione di Wassermann, anche previa riattivazione, è risultata negativa. Negativa pure la cutireazione con tubercolina alla V. Pirquet.

Dal complesso sintomatologico e clinico, dall'età giovane del P., ma sopratutto dal decorso clinico con esito in guarigione in così breve tempo per giunta, e dai successivi aspetti radiografici registrati nel nostro infermo, si può con sufficiente certezza, malgrado la mancanza del reperto istologico, confermare la diagnosi iniziale di *cisti* voluminosa meta-epifisaria superiore del *femore destro*, estesa a tutto il collo e complicata da frattura completa cervico-trocanterica con incuneamento dei monconi. Ritengo pertanto superfluo dilungarmi sulla diagnosi differenziale con tutte le altre forme morbose che colpiscono lo scheletro (sarcoma, osteomielite, osteite t.b.c., echinococco, ecc.), confondibili con le affezioni cistiche in parola. Come pure sorvolo sulla etiogenesi di queste tuttora incerta e sulle notizie storico-compilative inerenti, riportate e discusse in maniera completa dal Forni.

Lo scopo della presente nota è limitato, come dissi, soltanto a qualche considerazione di indole terapeutica.

Ho dianzi accennato come per la grande maggioranza degli Autori, la cura delle cisti ossee debba essere eminentemente chirurgica, sia pure con interventi molto economici e conservativi, sebbene non manchino osservazioni anche numerose di guarigione spontanea.

Il Forni opportunamente distingue anzitutto per il trattamento l'evenienza che la cisti sia o no complicata da frattura, rilevando che la frattura può portare a guarigione e consolidazione della cisti; e lo stesso Putti, citato dal Forni, fin dal 1912 poneva il problema se fosse sempre necessaria una cura chirurgica delle cisti ossee. Le osservazioni però di guarigione definitiva di frattura in sede di cisti sono invero piuttosto rare e si riferiscono per altro a *cisti piccole*, mentre sono assai più frequenti i casi di guarigione temporanea con successiva evoluzione della cavità cistica e riproduzione di fratture spesso anche più volte ripetute. Il che, come ben s'intende, dà luogo ad accorciamento e deformità, disturbi che, secondo alcuni AA. (Putti, Giupponi), sono appunto cospicui quando non sono stati praticati interventi.

In definitiva, secondo il Forni, per la cura delle cisti complicate da frattura sarebbe particolarmente indicato l'intervento operativo nei casi in cui per l'ampiezza considerevole della cavità si ritenga che la neoformazione ossea non sia sufficiente a colmarla di nuovo tessuto.

Fautore addirittura estremista della cura chirurgica si è dipoi dichiarato il Duchamp in un recentissimo lavoro sull'« evoluzione delle cisti essenziali delle ossa », affermando che, senza alcuna riserva, « *tutte le cisti ossee debbono essere operate, in special modo se complicate da frattura*, giacchè, non bisogna più credere — come egli dice — alla virtù curativa della frattura in una cisti ossea essenziale, e pensare che questa frattura possa dispensare dall'operazione ».

Come si vede, se preminente è ormai la indicazione all'intervento economico e conservativo nelle cisti ossee in genere, l'accordo per esso è completo quando si tratti specialmente di cisti ampie e complicate da frattura, per ovviare sopratutto a postumi con deformità ed accorciamento.

Ora, per tornare al nostro caso, si è constatato che malgrado in esso ci fossero tutte le condizioni in cui più è raccomandato il trattamento operativo, si è ottenuto guarigione completa e definitiva, tanto anatomica che funzionale senza verun accorciamento o deformità con la semplice trazione a pesi in posizione corretta, in un tempo di poco maggiore a quello di solito richiesto per la consolidazione nella stessa sede di frattura non patologica.

Nel nostro infermo anzi all'ampiezza davvero considerevole della formazione cistica occupante la metafisi superiore e tutto il collo femorale complicata da frattura con accorciamento e spostamento complesso dei monconi, si aggiungeva un altro fattore importante inerente la sede della frattura, importantissima per la statica, dove una consolidazione per poco incompleta avrebbe reso impossibile la deambulazione ed assai più facile l'evenienza di nuove fratture.

L'esito veramente ideale per quanto insperato riportato dal nostro infermo, ad onta di tali condizioni sfavorevoli alla guarigione spon-

tanea, sarebbe verosimilmente dovuto allo stato anatomico della cisti costituita non da un'unica enorme cavità, ma da numerose concamerazioni, come è da presumere dal suo aspetto radiografico; talchè si può realmente dire in questo caso che la frattura abbia guarito la cisti (Forni).

Dal caso riferito non si possono certo trarre generalizzazioni, però esso induce a ritenere che nelle formazioni cistiche, complicate da frattura, in cui si abbia ragione per credere che si tratti realmente di cisti vera o pseudocisti di natura infiammatoria, sia consigliabile — contrariamente all'esclusivismo operatorio affermato da taluni Autori — soprassedere all'intervento chirurgico.

Questo anche quando la lesione è molto estesa ed è situata in un punto molto delicato per la statica, perchè infatti nel mio caso la cisti senza esser estesissima era tuttavia voluminosa e occupava tutta la metafisi superiore ed il collo femorale. Ciò nonostante si è avuto perfetta guarigione anatomica e funzionale con completa riparazione della cavità, così da poter escludere la evenienza di recidive o refrattarie in sito.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce un caso di voluminosa formazione cistica del femore destro occupante tutto il collo e la metafisi superiore, complicata da frattura completa cervico-trocanterica in un ragazzo di 9 anni. L'infermo guarì dopo circa 4 mesi con recalcificazione totale dell'ampia zona cistica e *ripristino funzionale completo*, senza alcun intervento operativo, con semplice apparecchio a trazione sull'arto in abduzione e rotazione interna.

BIBLIOGRAFIA.

CECCARELLI, *Sulle cosidette cisti solitarie della tibia*. La Chir. Org. Movim., fasc. 4-5, 1925.

ID. *Osteite circoscritta del femore da paratifo B.* Arch. Ital. Chir., fasc. 4, 1925.

CIACCIA. *Tumori maligni delle ossa*. Arch. di Ortopedia, vol. XLIII.

CIACCIA, PUTTI, ZAMPA, COMPIGLIO, MORASCA. Comunicazioni inerenti al tema di relazione del FORNI cit.

DUCHAMP P. *De l'evolution des Kistes essentiels des os*. Revue d'Orthopédie, fasc. 5, 1932, pag. 578.

FORNI (1). *Le cisti (pseudo-cisti) delle ossa lunghe*. Tema di relazione al XXII Congresso Ital. Ortopedia, Milano, ottobre 1931. Archivio di Ortopedia, 1932.

RICEVUTO. *Cisti ossea del femore di origine infiammatoria probabilmente consecutiva a trauma*. Riv. Sanit. Siciliana, 19, ottobre 1932.

(1) Al lavoro del FORNI si rimanda per più estese notizie bibliografiche.

TECNICA DI LABORATORIO.

DIREZIONE GENERALE DELLA SANITÀ PUBBLICA
LABORATORIO DI MICROGRAFIA E BATTERIOLOGIA
diretto dal prof. R. MAGGIORA-VERGANO

Ulteriori perfezionamenti di tecnica per la ricerca batterioscopica e culturale del B. difterico con particolare riguardo a nuove forme di cultura di arricchimento (Oligo- e Micro-cultura).

Prof. M. PERGOLA
Ispettore Generale Batteriologo.

La fase di recrudescenza, in cui presso molti Paesi è da più anni la difterite, ci rende conto del perseverante interessamento degli studiosi nei riguardi di questa malattia, e, per quanto rientra nel campo di attività del Laboratorio — della quale qui intendiamo esclusivamente occuparci — giustifica i suggerimenti via via avanzati per agevolare ed accelerare la ricerca e la dimostrazione del B. di Löffler negli svariati casi che richiedono l'opera del batteriologo.

Per la difterite, infatti, al pari che per le malattie contagiose in genere, la profilassi — sebbene anche oggi si incardini sulla classica triade fondamentale: denunzia, isolamento, disinfezione — è andata perfezionandosi con nuove esigenze, che, per essere soddisfatte, impongono compiti, dei quali quelli di esclusiva pertinenza del Laboratorio sono principalmente:

a) ricercare il B. di Löffler nel materiale d'indagine prelevato dagli individui denunciati come presumibilmente affetti da processi difterici: il che costituisce l'*accertamento diagnostico;*

b) identificare i portatori tra gli individui che hanno avuto od hanno contatto con pazienti di difterite, per procurar di evitare che, rimanendo misconosciuti, si facciano facilmente propagatori della malattia;

c) ripetere periodicamente la ricerca del B. difterico nei soggetti di cui in *a*) e *b*), per tenerli — finchè risultino portatori e ne sia il caso — sotto opportuna sorveglianza;

d) riconoscere l'imputabilità di presunti fomiti e veicoli viventi o inanimati del virus, onde provvedere a renderli inattivi.

Questi compiti, che rientrano tutti tra le misure profilattiche dirette contro la causa efficiente dell'infezione, si compendiano, in ultima analisi, nella ricerca del B. difterico ovunque se ne sospetti la presenza; ricerca, per cui necessitano *sempre* indagini batterio-

scopiche e *spesso* anche indagini culturali. Perciò qualunque reale miglioramento apportato ai metodi di colorazione e di cultura non potrà mancare di indiscutibile importanza.

INDAGINI BATTERIOSCOPICHE.

Consistono nell'esame di preparati convenientemente colorati, per riconoscervi il B. difterico dai granuli metacromatici, dalle sue caratteristiche morfologiche più salienti (forme corynebatteriche, cioè a fuso, a clava, a manubrio, secondo la sede dei rigonfiamenti; di lunghezza variabile; talvolta incurvate e con eventuali ramificazioni) e dall'aggruppamento dei suoi elementi (a T, a V, a L, a Y, a palizzata, a dita di mano divaricate, ad ammassi intrecciati) (1).

GRANULI METACROMATICI.

Per la dimostrazione dei granuli metacromatici non si ha nulla di nuovo da riferire, perchè il metodo migliore è ancora quello della *colorazione ridotta*, da me suggerito fino dal 1923 e così qualificato per esservi abolita, come non necessaria, la colorazione di fondo. Per comodità del lettore riporto questo metodo, che, molto sollecito ad eseguirsi, comprende i seguenti tempi:

1) Trattamento a freddo del preparato, per 10-15 secondi o più, col bleu di metilene acetico di Neisser (2).

Lavare con acqua.

2) Trattamento per 10-15 secondi colla soluzione iodo-iodurata di Lugol (3).

Lavare con acqua, asciugare delicatamente con carta bibula, od a modico calore sulla fiamma, ed esaminare.

Questo metodo è applicabile a preparati di qualsiasi provenienza: campioni dei materiali sospetti di contenere il B. difterico, culture di isolamento, culture di arricchimento, culture pure di B. difterico.

Allestiti per strisciamento su portaoggetti, i preparati, dopo essiccati, si fissano alla fiamma e se provengono da culture di arricchimento si trattano con alcool etilico ordinario o con miscela di alcool ed etere anaparti allo scopo di digrassare il materiale e farlo aderire più saldamente al vetrino, evitando così che, per le manovre della colorazione, in gran parte si distacchi e vada perduto. Anzi per ovviare anche meglio a tale inconveniente, si abbia l'avvertenza di lasciare essiccare bene i preparati sia prima che dopo il trattamento con alcool od alcool-etere, di farvi agire per breve tempo — non più di 15 secondi — il bleu di Neisser ed il Lugol, e di asciugare i preparati medesimi all'aria od a modico calore sulla fiamma, invece che con carta bibula.

All'osservazione microscopica, sul fondo incoloro o giallastro del preparato e sul colorito grigio-cenere, con sfumatura verdastra, dei corpi microbici risaltano molto nettamente i granuli metacromatici tinti in nero, il che favorisce il riconoscimento — e quindi il reperto — del B. difterico, tanto più che per questo contrasto di colori si possono allestire preparati relativamente spessi, usufruendo così di quantità piuttosto abbondanti del materiale in esame.

CARATTERI MORFOLOGICI E AGGRUPPAMENTO.

Qualche miglioramento, come altrove ho già succintamente riferito (4), ho apportato alla colorazione dei preparati più particolarmente destinati allo studio dei caratteri morfologici e dell'aggruppamento dei microrganismi.

Si può ricorrere anche per tale scopo alla colorazione ridotta, ma questa non vi si presta così bene come per la dimostrazione della sostanza metacromatica, perchè tinge piuttosto debolmente i corpi batterici. La sua efficienza in proposito poi è alquanto menomata pure dal fatto che i granuli metacromatici — i quali, assumendo in seguito a detta colorazione una tinta nera, spiccherebbero molto nettamente sul fondo del preparato, di colorito chiaro, e farebbero quindi concentrare l'attenzione dell'osservatore sugli elementi microbici che li contengono — non si riscontrano abbondanti in tutti gli stipiti di B. difterico, nè in quelli che ne sono provvisti risultano costantemente presenti nei loro singoli elementi: perciò gli elementi che ne sono privi è facile si sottraggano in gran parte, se non in totalità, al loro proficuo apprezzamento.

D'altra parte le soluzioni coloranti (fucsina Ziehl, violetto di genziana, bleu di Löffler, ecc.) che più comunemente si applicano nella ordinaria pratica di laboratorio per studiare la morfologia dei batteri, nel nostro caso non soddisfano pienamente perchè, oltre a mascherare certe particolarità strutturali del B. difterico, tingono troppo intensamente — sopratutto nei preparati da cultura di arricchimento — il materiale amorfo che costituisce il fondo del preparato, su cui pertanto i microrganismi non spiccano bene per deficienza di adeguato contrasto.

Per riparare a questi fattori negativi e valorizzare al massimo grado l'indagine batterioscopica, ho ricercato, a complemento della colorazione ridotta, altre colorazioni, che fossero atte a dimostrare tutti i B. difterici indipendentemente dal loro eventuale contenuto in granuli metacromatici, e, nel tempo stesso, lasciando incoloro o solo lievemente colorato il fondo del preparato se allestito da culture di arricchimento — che, specialmente sotto le nuove forme di cui tratteremo in seguito, meritano la più ampia utilizzazione in

---

(1) Si trascurano qui altre indagini batterioscopiche indicate più per studiare il comportamento a particolari metodi di colorazione, che i veri e propri caratteri morfologici.

(2) Bleu di metilene (Grübler), gr. 1; Alcool etilico a 96°, cmc. 20; Acido acetico glaciale, cmc. 50; Acqua distillata, cmc. 950. Sciogliere il bleu di metilene nell'alcool ed aggiungere l'acido acetico e l'acqua.

(3) È quella stessa che serve per il Gram: Iodio metalloideo, gr. 1; Ioduro potassico, gr. 2; Acqua distillata, cmc. 300. Sciogliere lo ioduro nell'acqua ed aggiungere lo iodio, agitando di tanto in tanto finchè anche questo è completamente disciolto.

(4) M. PERGOLA. *Pour un plus grand emploi de la culture d'enrichissement du bacille diphtérique en « Siero-Uovo-Tellurito »* (*S. U. T.*) *liquide*. Bollettino della Sezione Italiana della Società Internazionale di Microbiologia. 1930.

proposito — rendessero più agevole l'osservazione dei batteri in genere, posti per contrasto in maggior rilievo.

A tali esigenze soddisfa già abbastanza bene il bleu di metilene acetico di Neisser usato da solo, che conferisce colorito bleu cupo alla sostanza metacromatica e colorito azzurro ai corpi batterici; ma meglio ancora vi corrispondono le seguenti soluzioni coloranti, che ho prescelto tra le molteplici sperimentate, perchè, pur convenientemente diluite onde ovviare all'eccessiva colorazione del fondo, conservano elevata affinità elettiva per gli elementi figurati (batteri e cellule), ai quali danno perciò particolare risalto (5).

a) *Tionina fenicata*: Soluzione alcoolica satura di tionina, cmc. 10; Soluzione acquosa di acido fenico all'1-2 %, cmc. 100.

Filtrare per carta.

Si usa diluita a 1/5 (= 20 %) in acqua distillata: la diluizione si conserva inalterata per lungo tempo.

b) *Liquido di Roux*: Soluzione A: Violetto di dalia, gr. 1; Alcool etilico a 90°, cmc. 10; Acqua distillata, cmc. 90.

Soluzione B: Verde di metile, gr. 1; Alcool etilico a 90°, cmc. 10; Acqua distillata, cmc. 90.

Si lasciano depositare le due soluzioni per 24 ore, si filtrano quindi per carta separatamente e si mescolano nella proporzione di 1 parte di A) e 2 di B).

Se ne usa la diluizione acquosa a 1/50 (= 2 %), che si allestisce di volta in volta al momento di servirsene, o si tiene già pronta aggiungendovi il 10 % di alcool etilico ordinario, il quale la rende meglio e più a lungo conservabile.

c) *Liquido di Giemsa, di Leishmann, di May-Grünwald*. Corrispondono bene per il nostro scopo anche queste soluzioni coloranti, che ordinariamente si utilizzano per i preparati di sangue.

Il liquido di Giemsa si usa, come di norma, diluito nella proporzione di una goccia per ogni cmc. di acqua distillata, o più esattamente di 1/20 (= 5 %).

Nello stesso modo, per maggior comodità e semplicità, conviene valersi del liquido di Leishmann e di quello di May-Grünwald, ricorrendo cioè alla loro soluzione acquosa al 5 %, anzichè seguire le modalità prescritte per i preparati di sangue.

Per le diluizioni di questi liquidi coloranti vale quanto si è detto sopra, a proposito del liquido di Roux.

Dei colori indicati sono da preferirsi tionina e Giemsa, perchè assicurano più costantemente il buon esito della colorazione.

I preparati, allestiti e fissati come per la colorazione ridotta, si trattano con queste soluzioni coloranti a caldo, preferibilmente in termostato per 10-20 minuti, oppure sulla microfiamma fino a sviluppo di vapori per una o due volte, dopo di che, si lavano con acqua, si asciugano e si esaminano.

Non è vantaggioso il successivo trattamento con liquido di Lugol.

A differenza del materiale amorfo gli elementi figurati in genere e specialmente i batteri assumono colorazione nitida ed intensa, spiccando molto nettamente sul fondo del preparato giammai troppo colorato. Soltanto nei punti più spessi si riscontra infatti una tinta roseo-cerulea, che però fa sempre notevole contrasto con quella assunta dai microrganismi, mentre nel resto del preparato il fondo rimane incoloro o quasi. Anche con queste soluzioni coloranti, come colla colorazione ridotta, possiamo quindi usufruire, per l'indagine batterioscopica, di quantità relativamente abbondanti di materiale; possibilità di non poco conto, perchè, agevolando il reperto del B. difterico sopratutto nei preparati allestiti direttamente dal campione in esame ed in quelli delle culture di arricchimento, contribuisce ad accelerare il responso nei casi ad esito positivo.

In questi preparati il B. difterico, al pari degli altri microrganismi, viene messo in evidenza in tutti i suoi elementi: vi appare perciò più abbondante che nei preparati sottoposti alla colorazione ridotta. Vi mostra inoltre — specialmente se si sono usati la tionina od il Giemsa — una certa differenziazione, in quanto la sostanza metacromatica assume colorito bleu-cupo ed il corpo batterico, colorito azzurro con sfumatura rosea. Ciò risulta particolarmente evidente nei preparati di culture pure, allestite in substrati a base di giallo d'uovo, siero di sangue, glicerina e glucosio, substrati che sono i più adatti alla abbondante produzione di sostanza metacromatica sotto forma di granuli o di blocchi irregolari (secondo l'età delle culture) riproducenti col loro insieme la sagoma del germe, quando il corpo di questo non è più apprezzabile.

Spesso il B. difterico nei suoi elementi lunghi o medi e più raramente in quelli corti presenta aspetto granuloso od a strie: è la cosiddetta *striatura a zebra*, dovuta alla colorazione discontinua, all'alternarsi cioè di tratti intensamente colorati e di tratti lievemente colorati od incolori.

Oltre che nei singoli B. difterici, una certa differenziazione si può avere anche tra le diverse specie batteriche, le quali — di preferenza, al solito, colla tionina e col Giemsa — non assumono tutte la medesima intensità e tonalità di colore, bensì una tinta variabile dal rosa al bleu cupo, con gradazioni intermedie: ne risulta pertanto un interessante *policromatismo*, che pure contribuisce ad agevolare nel nostro caso il reperto del B. difterico. Prescindendo dalle sue forme lunghe e medie, già di per se stesse facilmente riconoscibili, richiamiamo qui l'attenzione sui suoi elementi corti, e tra questi in modo particolare su quelli non esili, ma piuttosto grossi, provvisti di rigonfiamenti per lo più terminali, riuniti a palizzata ed abbastanza caratteristici, perchè oltre a mostrarsi in parte di *forma vibrionica*, cioè più o meno incurvata, assumono, a differenza delle

---

(5) Già altre volte ho fatta presente la convenienza di ricorrere a soluzioni coloranti molto più diluite di quanto si trova indicato, per ottenere colorazioni più fini e delicate, che lasciano meglio apprezzare particolarità morfologiche e strutturali di alcuni microrganismi e nel nostro caso del B. difterico. Così, per la dimostrazione dei granuli metacromatici si consiglia di praticare la colorazione di contrasto con soluzione di vesuvina 1/500, o di crisoidina 1/300. Io, invece, per evitare che questi colori, sovrapponendosi a quello dei granuli metacromatici, li facciano apparire meno abbondanti di quanto realmente sono, ho suggerito, quando si voglia praticare l'apposita colorazione di fondo, della quale, del resto, si può fare a meno, di usare detti colori a diluizione decupla, e cioè rispettivamente a 1/5000 e 1/3000.

forme bacillari di altre specie microbiche, colorito bleu cupo uniforme quasi fossero iotalmente costituiti, a seconda del substrato di loro provenienza, da sostanza metacromatica, o da protoplasma addensato. Isolati od aggruppati, questo colorito li pone in notevole rilievo sopratutto quando non essendo molto abbondanti, tanto più sensibille è il contrasto cogli altri microrganismi e col fondo del preparato. Essi inoltre non mancano di importanza dal punto di vista diagnostico, perchè non sono rari a riscontrarsi anche nei materiali a *B. difterico modificato*, e quindi proprio in quelli, per i quali meno agevole sarebbe l'apprezzamento batterioscopico del loro contenuto microbico specifico.

Le differenziazioni cui si è accennato rappresentano l'optimum della colorazione, non difficile a raggiungersi quando le sostanze coloranti — alla diluizione per ciascuna indicata — si facciano agire per un conveniente periodo di tempo. Ma nelle eventuali deviazioni dall'optimum, è preferibile che la colorazione pecchi per eccesso anzichè per difetto, poichè nel primo caso, pur essendo meno accentuato o perfino mancante il policromatismo del preparato, i microrganismi spiccheranno sempre bene sul fondo magari un po' più colorato; nel secondo, invece, tutti i costituenti del preparato saranno più debolmente tinti e per conseguenza anche i microrganismi avranno minore risalto, onde più disagevole e più affaticante ne sarà l'osservazione.

Finalmente, in confronto alla colorazione ridotta — che è piuttosto labile se non si aggiunge un terzo tempo, consistente nel trattare i preparati con soluzione molto diluita di crisoidina (almeno 1/3000) o di vesuvina (almeno 1/5000) — la colorazione con tionina, liquido di Roux, di Giemsa, di Leishmann, di May-Grünwald è più stabile e perciò i preparati la conservano più a lungo inalterata.

INDAGINI CULTURALI

La serie dei substrati suggeriti per la ricerca culturale del B. difterico va continuamente accrescendosi.

Universalmente preferito per molto tempo è stato il ben noto e classico siero di Löffler. Ma la larga esperienza che si è avuto occasione di farne, mentre ha permesso di apprezzarne meglio i pregi, non ha mancato di dimostrarne pure le deficienze, il riparare alle quali è stata la ragione precipua di tutti i mezzi di cultura via via proposti per sostituirlo.

Reali vantaggi sul siero di Löffler, però, si sono raggiunti soltanto coll'uso del tellurito potassico, che a qualunqe substrato lo contenga in proporzione adatta conferisce, sebbene in grado diverso a seconda degli altri componenti, una vera e propria elettività per il B. difterico, dovuta essenzialmente al fatto che detto germe tollera il tellurito in dose più elevata di tante altre specie battericheconcomitanti, e per effetto di esso lascia apprezzare molto meglio, nei substrati solidificati, le caratteristiche macroscopiche delle sue colonie. Perciò tutti i terreni elaborati da ormai oltre un decennio, compresi i più recenti, sono appunto provvisti di tellurito potassico.

Tra essi rientra il « *Siero-Uovo-Tellurito* » (S.U.T.) (6) da me proposto fin dal 1918: solidificato serve per la cultura di isolamento, lasciato liquido, come ho suggerito nel 1921, serve per la cultura di arricchimento, particolarmente indicata ogni qualvolta il materiale in esame contenga in scarsa o scarsissima quantità il B. difterico. E ciò all'atto pratico capita di frequente, perchè, dati i compiti sopra accennati come contributo del Laboratorio alla profilassi antidifterica, di solito sono più numerosi i casi in cui le indagini vertono su materiali limitatamente invasi dal germe, che non il contrario.

Tale circostanza sembra non sia stata tenuta nel debito conto dagli Autori che più di recente hanno elaborato terreni, provvisti bensì di tellurito, ma che essendo a base di agar,

---

(6) Ne riassumo brevemente la costituzione e la preparazione: Gialli d'uovo, n. 1; Siero di sangue cmc. 50; Soluzione di cloruro sodico al 0,80 %, cmc. 50. Tellurito potassico, gr. 0,02, cioè: cmc. 1 della soluzione al 2 %, ovvero cmc. 2 della soluzione all'1 %. Il tellurito vi si trova così nella proporzione di circa 1/6000. Per portarlo alla proporzione di 1/5000, che rende il substrato anche più elettivo, si opera nel seguente modo: in un cilindro graduato, od in un recipiente qualsiasi tarato a 100 cmc., si raccolgono torlo e tellurito, vi si aggiungono 50 cmc. di siero e si porta la massa a 100 cmc. con soluzione di cloruro sodico, che sarà evidentemente in quantità minore di 50 cmc.; oppure, torlo e tellurito si portano al volume di 100 cmc. con miscela a parti uguali di siero e soluzione di cloruro sodico.

Il substrato così allestito, lasciato liquido serve per le culture di arricchimento, solidificato in piastra od a becco di flauto in tubi, mediante riscaldamento per un'ora a 90° C., serve per le culture d'isolamento.

Ricordo che nel S. U. T. solidificato le colonie del B. difterico:

dopo 12-15 ore di permanenza della cultura in termostato, appaiono piuttosto piccole, rotonde, a margine regolare, convesse, nettamente rilevate a cupola, lucenti, umide, di colorito *grigio-cenere* più o meno scuro *e giammai nere;*

a 20-24 ore di sviluppo raggiungono dimensioni maggiori ed assumono colorito *nero-plumbeo*, scuro alla parte centrale più spessa (nucleo), chiaro alla parte periferica più sottile (alone);

a 36 ore ed oltre hanno colorito *nero* intenso.

In principio le colonie difteriche sono sempre rilevate a cupola, ma coll'ulteriore sviluppo e specialmente quando, trovandosi abbastanza distanziate l'una dall'altra, hanno campo di ampliarsi, si mostrano appiattite e costituite da stratificazioni concentriche.

e quindi da usarsi solidificati, hanno tutti il difetto fondamentale di non potersi utilizzare per la vera e propria cultura di arricchimento, che richiede invece terreni liquidi.

D'altra parte, anche nei soli riguardi della cultura di isolamento, questi nuovi terreni sono inferiori al S.U.T. solidificato, come particolarmente dimostrano le indagini comparative istituite con materiali a scarso contenuto di B. difterici: *al S.U.T. dunque, per molteplici ragioni, deve darsi ancora la preferenza.*

Ciò premesso, passo a riferire gli accorgimenti tecnici atti a perfezionare l'uso di detto terreno, allo scopo di agevolare ed accelerare la ricerca culturale del B. difterico, come già altrove ho succintamente riferito (7).

CULTURA DI ISOLAMENTO.

Si può fare e direttamente dal campione del materiale in esame e dalla cultura di arricchimento: quanto diremo vale indifferentemente per l'un caso e per l'altro.

Qualche espediente è applicabile alla cultura di isolamento quando il S. U. T., anzichè in piastre, viene solidificato a becco di flauto in tubi e risulta perciò provvisto di una certa quantità di liquido di condensazione. Quivi all'atto della semina, che si fa per strisciamento, passano immancabilmente dei B. difterici che, al pari di quelli rimasti depositati sulla superficie del substrato, colla permanenza della cultura in termostato si moltiplicano, più o meno, naturalmente, a seconda della quantità che inizialmente ve ne è capitata.

Dalla moltiplicazione che ha luogo nell'uno e nell'altro sito si può trar profitto per il nostro scopo in duplice modo:

1) ricercando il B. difterico già non molte ore (6-8-10) dopo la semina, mediante l'esame di preparáti colorati, allestiti con qualche ansata del liquido di condensazione, strisciata sulla superficie del substrato, anche se questo — come spesso si verifica fino a 12-15 ore di permanenza della cultura in termostato — non mostra sviluppo batterico macroscopicamente apprezzabile;

2) procurando di intensificare lo sviluppo del B. difterico col diffondere — mediante adeguati movimenti del tubo o coll'ansa di platino — il liquido di condensazione sulla superficie della cultura, che dopo tale manovra si rimetterà in termostato fino al giorno successivo.

Talvolta nella cultura di isolamento il B. difterico capita in così poche unità da non risultarvi reperibile entro un giorno dalla semina, nonostante gli accorgimenti tecnici indicati. Non mancherà tuttavia di dimostrarvisi più tardivamente, ripetendo magari la diffusione del liquido di condensazione sulla superficie del mezzo nutritivo e tenendo la cultura in termostato ancora per 1-2 giorni. Ma se neppure così operando l'esito sarà positivo, ne dovremo dedurre:

a) che non si sono apportati nella cultura medesima B. difterici, o se vi sono capitati non erano in grado di svilupparsi, in caso di semina diretta del campione in esame;

b) che il campione in esame non conteneva affatto B. difterici, o per lo meno non ne conteneva capaci di svilupparsi, — e quindi è ugualmente giustificato il responso negativo — in caso di semina dalla sua cultura di arricchimento convenientemente utilizzata.

Altro espediente per accrescere il quantitativo di B. difterici che dalla cultura in S. U. T. solidificato risultasse scarso relativamente a quello dei batteri concomitanti, consiste nel versare nel tubo stesso qualche cmc. di brodo comune o di brodo Martin e rimettere la cultura in termostato almeno fino al giorno successivo: facendo allora preparati dal brodo, si riscontra, spesso, notevole prevalenza del B. difterico, che può dimostrarvisi anche quasi in cultura pura.

CULTURA DI ARRICCHIMENTO.

Può attuarsi colle seguenti varie modalità:

a) *Metodo classico.* Così qualificabile, perchè analogo al più noto e tipico esempio di cultura di arricchimento quale è quello del vibrone colerigeno in acqua peptonizzata, è il primo metodo che ho proposto fino dal 1921.

Consiste nel fare la cultura in una quantità di S. U. T. liquido piuttosto abbondante rispetto alla massa di materiale da seminarvi.

In circostanze favorevoli si riesce a dimostrarvi il B. difterico all'indagine batterioscopica diretta, o col passaggio in S. U. T. solidificato, già dopo un giorno di sviluppo od anche meno. Ma di solito, affinchè il germe vi si renda apprezzabile, specialmente mediante l'esame di preparati colorati, occorre prolungare per ben oltre un giorno la permanenza della cultura in termostato.

Per non ritardare l'eventuale reperto positivo più del tempo strettamente necessario caso per caso, fin da quando ho proposto questo metodo di cultura ho avvertito di non eccedere nella quantità nè di substrato nutritivo (S. U. T. liquido), nè di liquido (brodo o soluzione fisiologica) in cui per qualsiasi ragione si fosse voluto o dovuto emulsionare il materiale in esame prima di seminarlo, perchè tale emulsione sarebbe poi passata tutta quanta a far parte della cultura di arricchimento.

Anzi, per evitare più sicuramente l'eccessivo volume di detta cultura, ho suggerito di allestirla immergendo senz'altro nel S. U. T. liquido il tampone — quando, come spesso avviene, a questo si ricorre — con cui si è prelevato il materiale sospetto di contenere il B. difterico.

Comunque, il volume della cultura di arricchimento, che allestita secondo il metodo classico è sempre di una certa entità, costituisce già di per sè, indipendentemente dal numero di B. difterici che vi capitano, una causa di ritardo nella dimostrazione del germe, il quale, a parità delle altre condizioni, per raggiungere uno sviluppo sufficiente a rendervisi apprezzabile batterioscopicamente (preparati colorati), o culturalmente (passaggio in S. U. T. solidificato) deve richiedere, come è ovvio comprendere, un tempo tanto più lungo

(7) M. PERGOLA. *Procédés techniques pour accélérer et faciliter la recherche du B. diphtérique dans les cultures en «Siero-Uovo-Tellurito» (S.U.T).* Bollettino della Sezione Italiana della Società Internazionale di Microbiologia, 1932.

quanto maggiore è la massa di liquido in cui ha da distribuirsi. E poichè non è in nostra facoltà di influire oltre certi limiti nè sul quantitativo di B. difterici che capitano nella cultura, nè sulla intensità e rapidità della loro moltiplicazione, ho procurato di modificare la quantità di S. U. T. liquido da usarsi, escogitando le seguenti altre modalità di cultura di arricchimento.

b) Oligocultura. Consiste nel proporzionare più adeguatamente il mezzo nutritivo alla massa del materiale di semina, in modo da eliminare ogni inutile eccesso del primo rispetto alla seconda.

L'oligocultura è preferibile al metodo classico, perchè mentre l'esito ne è ugualmente — ed anche più — attendibile, rende più agevole e sollecito il reperto del B. difterico, che rimane concentrato in un volume minore di liquido.

All'atto pratico, in generale, per allestire l'oligocultura basta introdurre in una comune provetta sterilizzata cmc. 1-1,5 di S. U. T. liquido ed emulzionarvi, se possibile, altrimenti immergervi in blocco il materiale in esame.

Quando questo è stato prelevato col tampone ed il liquido di arricchimento ne è tutto assorbito o ne residua solo qualche goccia, che colla permanenza della cultura in termostato si essiccherebbe sollecitamente, se ne aggiunge altro 1/2-1 cmc. e vi si agita di nuovo il tampone già rimastone impregnato; se invece ne residua almeno un mezzo cmc. non ne occorre alcuna ulteriore aggiunta.

Il B. difterico vi si sviluppa benissimo, di solito sotto la forma più caratteristica di elementi medi o lunghi, isolati o più spesso riuniti a piccoli ammassi, mentre il colore della cultura, prima bruno e poi nero — indizio macroscopico della moltiplicazione batterica — si diffonde ben presto a tutto il liquido ed al materiale seminatovi.

c) Microcultura. È analoga alla oligocultura, della quale ha all'incirca i medesimi vantaggi, ma se ne differenzia, perchè riduce anche maggiormente, e proprio alla minima quantità strettamente necessaria, il mezzo nutritivo che richiede.

A differenza però dell'oligocultura, che si può applicare a qualsiasi materiale e comunque prelevato, la microcultura si presta soltanto per materiali prelevati col tampone, consistendo appunto nella moltiplicazione del B. difterico in sito, cioè nel tampone medesimo.

L'arricchimento sotto forma di microcultura si ha già mettendo in termostato il tampone — introdotto di nuovo nel tubo che lo conteneva — dopo avervi allestita la cultura di isolamento nel S.U.T. solidificato a becco di flauto in provette, perchè per la moltiplicazione del B. difterico sono sufficienti le minime tracce di principii nutritivi e di tellurito, che col liquido di condensazione e per lo strisciamento sulla superficie del substrato passano ad imbevere il tampone. Ma è preferibile imbeverlo appositamente con S.U.T. liquido, in quanto allora la microcultura è applicabile pure ai tamponi previamente utilizzati per la cultura di isolamento in piastre anzichè in tubi.

Nella sua essenza più tipica la microcultura consiste nel versare cautamente sul tampone, S.U.T. liquido nella quantità che vi può essere trattenuta — una diecina di gocce di solito bastano — senza venirne riemessa per eccesso neppure una goccia, onde non disperdere nessuno dei B. difterici eventualmente presenti. Ciò fatto si introduce di nuovo il tampone nel proprio tubo e lo si mette in termostato, ove, occorrendo, può rimanere anche per qualche giorno senza essiccarsi.

Il B. difterico vi assume in generale, come nella cultura in S.U.T. solidificato, forma corta o media, raramente lunga.

Lo sviluppo batterico nella microcultura si manifesta con imbrunimento e successivo annerimento del tampone medesimo, non però in modo uniforme, bensì a zone, laddove cioè era rimasto depositato il materiale microbico: sono questi i punti di elezione, che danno il maggiore affidamento per la ricerca batterioscopica del B. difterico.

Quando i tamponi in esame sono in numero limitato, si può adottare per la microcultura il sistema di impregnarli col S.U.T. liquido versatovi a gocce. Ma quando sono piuttosto numerosi, per evitare l'eccessivo dispendio di tempo che tale manovra richiederebbe, conviene seguire modalità di esecuzione più sollecita, come per esempio: versare in vetri da orologio, od in capsule Petri, o su portaoggetti, il S.U.T. liquido suddiviso in tante porzioni da circa 1/2 cmc. l'una, quanti sono i tamponi; ed inumidito ciascuno di questi rispettivamente in una di quelle ricollocarlo nel proprio tubo e metterlo in termostato.

In pratica però — qualora il prelevamento sia stato eseguito col tampone — anzichè limitarsi alla sola oligocultura od alla sola microcultura, conviene allestirle simultaneamente ambedue nello stesso tubo, facendo così quella che può dirsi

d) Oligomicrocultura, particolarmente indicata quando il materiale d'indagine, come non di rado si verifica, è molto scarso, perchè permette di utilizzarlo tutto quanto.

Del resto, trattandosi di tamponi, nell'allestire l'oligocultura si fa già anche la microcultura, perchè da un lato si ha il S.U.T. liquido in cui si è seminato il materiale in esame (oligocultura), dall'altro il tampone rimasto imbevuto del mezzo nutritivo (microcultura): per avere l'oligomicrocultura non si ha dunque che da sistemare nel medesimo tubo anche il tampone, coll'estremità immersa nel liquido culturale oppure sollevata alquanto al di sopra di esso a seconda che si voglia, o non, stabilire il reciproco contatto.

Questo metodo è il più raccomandabile, perchè offre la maggior semplicità e sollecitudine nell'elaborazione dei materiali, impegna il minor numero di tubi e rallenta il prosciugamento dell'oligo- e della microcultura, dovuto alla loro permanenza in termostato.

Molto più vantaggiosamente della cultura di arricchimento secondo il metodo classico, l'oligo- e la microcultura, separate o commiste, si prestano:

1°) alla ricerca precoce (cioè dopo 6-12 ore di sviluppo) del B. difterico mediante:

a) le indagini batterioscopiche dirette,

b) il passaggio in S.U.T. solidificato;

2°) alla prova biologica, che serve ad indagare la virulenza dello stipite difterico rinvenuto, emulsionandole — come allo stesso scopo si può fare colle culture brute in S.U.T. solidificato — dopo sufficiente sviluppo, in 1-2 cmc. di brodo, a preferenza che di soluzione fisiologica, da inocularsi tutto per via sottocutanea agli animali da esperimento (cavia);

3°) all'isolamento del B. difterico in cultura pura, se questa occorre per l'ulteriore studio dello stipite.

I metodi di colorazione di cui si è trattato, agevolando il riconoscimento e per conseguenza il reperto del B. difterico nei preparati microscopici, rendono più proficua la ricerca batterioscopica del germe, praticata sia direttamente dal campione dei materiali in esame, sia della cultura di arricchimento, sopratutto se attuata sotto forma di oligomicrocultura.

La maggiore efficienza di quest'ultima ha notevole interesse anche dal punto di vista pratico, perchè, al puro scopo di accertamento diagnostico, o, più genericamente, di dimostrazione del B. difterico, permette di semplificare e sveltire il lavoro di laboratorio, rendendo non dico inutile, ma non indispensabile la prima semina in S.U.T. solidificato, quella cioè che si suol praticarvi direttamente dal campione in esame. Qualora questo, infatti, abbia un contenuto batterico specifico sufficiente a dare esito positivo in detta semina, ove, come è facile comprendere, non è possibile far passare tutti i B. difterici dal materiale in cui si trovano, tanto più sicuramente lo darà nell'oligomicrocultura di arricchimento, nella quale, venendo invece totalmente utilizzato il materiale medesimo, nessuno dei B. difterici vivi e vitali presenti rimane sottratto al processo di moltiplicazione. Ciò significa in altre parole che, nel caso considerato, la cultura in S.U.T. liquido (oligomicrocultura) dà *immancabilmente* esito positivo, ogniqualvolta tale lo darebbe quella in S.U.T. solidificato, mentre non sempre si verifica il contrario. Per conseguenza, e specialmente con materiali a scarso contenuto di B. difterici, il loro reperto sarà molto meglio assicurato dalla oligomicrocultura di arricchimento, che non dalla cultura diretta di isolamento. Qualora pertanto le circostanze imponessero di limitarsi esclusivamente ad una sola di dette culture, si dovrebbe preferire la prima alla seconda, perchè il risultato, qualunque fosse, ne sarebbe più attendibile.

Con ciò non s'intende menomare o disconoscere il valore della cultura di isolamento, alla quale, anzi, talvolta spetta importanza assolutamente decisiva per il responso: si allude alla semina, in S.U.T. solidificato, da precedente cultura di arricchimento.

Anche questa semina praticata in secondo tempo si può tuttavia omettere — come di solito si fa, per esigenze di tempo e di lavoro, nella ordinaria pratica di laboratorio — quando, essendosi già ottenuto esito positivo dall'arricchimento, appare superfluo convalidarlo con i criteri desumibili dalle caratteristiche macroscopiche delle colonie difteriche, prima di emettere il responso definitivo. Ma in tutti gli altri casi detta semina è indispensabile per conferire la debita attendibilità al responso medesimo, che, se negativo, non sarebbe pienamente giustificato, qualora fosse emesso soltanto in base all'esito delle indagini batterioscopiche eseguite dalla cultura di arricchimento: non è da escludersi infatti — secondo quanto appunto insegna l'esperienza — che esse falliscano nel rivelare il B. difterico, mentre vi riesce benissimo la semina abbondante di detta cultura, nel S.U.T. solidificato.

In conclusione, per la compiutezza delle indagini e per la massima attendibilità del loro esito, conviene — sebbene, come si è visto, non sia sempre assolutamente necessario — consociare i vantaggi che rispettivamente offrono la cultura di isolamento e quella di arricchimento, le quali cogli espedienti di tecnica che abbiamo suggeriti riescono a farci rintracciare il B. difterico, anche quando altrimenti, per la sua scarsità, sarebbe molto probabile passasse inosservato.

Pur prescindendo dal discutere qui l'importanza da attribuirsi al suo reperto nei vari casi in cui risulti scarso, non possiamo esimerci frattanto dal rilevare che ad ogni modo non sarà mai inutile rinvenire il germe, dovunque si annidi.

RIASSUNTO.

Si riferiscono espedienti di tecnica atti a favorire il reperto del B. difterico:

1) alle indagini batterioscopiche, mediante:

a) la *colorazione ridotta*, che rimane ancora quella preferibile per mettere in evidenza i granuli metacromatici,

b) l'uso di soluzioni coloranti — di cui si citano quelle di tionina, di Roux, di Giemsa, di Leishmann, di May-Grünwald — particolarmente adatte, a conveniente diluizione, a far apprezzare le caratteristiche morfologiche dei batteri in genere, e ciò, per quanto si riferisce al B. difterico, indipendentemente dal suo eventuale contenuto in granuli metacromatici;

2) alle indagini culturali, mediante:

a) la cultura di isolamento in *Siero-Uovo-Tellurito* (S.U.T.) solidificato,

b) la cultura di arricchimento in S.U.T. liquido, sotto le nuove forme — ideate dall'Autore — di *oligocultura* e di *microcultura* da allestirsi preferibilmente associate (*oligomicrocultura*).

SUNTI E RASSEGNE.

DERMOSIFILOGRAFIA.

Cura intradermica della sifilide.

(J. S. COVISA e A. NAVARRO MARTIN. *Modernos estudios sobre Dermosifiliografia.* Madrid, MCMXXXII, Morata, editore).

Gli AA. prendono le mosse dagli studi di Levaditi e Jamanouchi sul potere riattivante degli estratti di fegato fresco sopra alcuni composti arsenicali (atoxil) e da quelli analoghi di Navarro Martin per lo stovarsolo. La trasformazione in prodotti spirillicidi *in vitro* di sostanze che non lo sono normalmente, per l'azione di estratti freschi di certi organi è stata in seguito profondamente studiata da Levaditi e Nicolau i quali dimostrarono che i derivati bismutici si comportano rispetto a questi estratti di organi in modo identico a quelli arsenicali.

Altri autori hanno tentato di dimostrare che il metabolismo tissulare, specialmente nei riguardi delle funzioni ossidanti e riduttrici è legato intimamente alla presenza di un composto glutamico-cistinico detto glutatione. In ulteriori studii Levaditi ed i suoi collaboratori avrebbero confermato che la trasformazione in tripanoxil e bismoxil dei composti arsenicali e bismutici sarebbe in relazione diretta con il contenuto in glutatione degli organi posti in contatto con questi medicamenti. Gli organi più ricchi di glutatione sarebbero le capsule surrenali, il fegato, il cervello e la cute: scarso invece ne sarebbe il contenuto nei muscoli e nel sangue (1).

Se questo concetto fosse esatto, praticamente l'introduzione dei medicamenti antisifilitici per la via dei muscoli e del sangue sarebbe la meno indicata, posto che nè gli uni nè l'altro sono capaci di riattivare in modo apprezzabile i medicamenti stessi.

La cute, invece, per il suo contenuto in glutatione rappresenterebbe da questo lato l'organo più adatto. D'altro canto la pelle ha un potere generico di difesa sul quale non può cadere alcun dubbio e basti citare la teoria di Hoffmann sulla *esofilassi* e gl'infiniti lavori che confermano da ogni parte l'importanza della pelle nella produzione dei fenomeni d'immunità.

E poichè l'azione riattivante della pelle è già dimostrata in terapeutica biologica (superiorità di azione della tubercolina introdotta per via dermica su quella introdotta per via ipodermica) era da ritenere che dovesse manifestarsi anche di fronte ai medicamenti di ordine chimico.

(1) Cfr. su questo argomento per ciò che riguarda la cute i lavori Italiani di CASTELLINO P. G., Dermosifilografo, 1930, 8; CROSTI, Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia, 1930, V; SANNICANDRO, Id. id., 1930, IV. (*N. del R.*).

Su queste basi gli AA. hanno intrapreso una serie di ricerche sperimentali e cliniche che sono riassunte in questo lavoro.

Dai protocolli delle esperienze praticate sul coniglio risulta che dosi normalmente inefficaci di neo-salvarsan (Neo ICI) e di tartrobismutato sodico e potassico avrebbero dato la scomparsa delle spirochete tanto dal sifiloma testicolare quanto dalle lesioni prodotte dalla spirocheta cuniculi. Pur restando comprovata l'esaltazione dell'azione terapeutica dell'arsenico e del bismuto, peraltro lo scarso numero di animali sottoposti ad esperimenti ed il breve tempo trascorso obbligano a fare delle riserve sui risultati conseguiti.

Lo stesso dicasi per le ricerche d'indole clinica. Le dosi infraterapeutiche impiegate per via intradermica hanno certo un'azione favorevole contro le manifestazioni attive della sifilide secondaria. In tre casi trattati con 25 iniezioni intradermiche di neo ICI (due decimi della soluzione commerciale) hanno modificato i sintomi dolorosi, e le manifestazioni cutanee se pure con rapidità ed intensità inferiore di molto a ciò che si ottiene col neosalvarsan per via endovenosa.

Un caso di gomma dello sterno-cleido mastoideo in cui fu usato contemporaneamente il trattamento intradermico con arsenobenzolo e con tartrobismutato di sodio e potassio venne modificato notevolmente con la scomparsa della tumefazione muscolare e della limitazione dei movimenti del collo.

In un altro infermo con sifilide pigmentaria e reazione sierologica + + + + lo stesso trattamento riuscì a modificare la R. in debolmente positiva.

In complesso le esperienze degli AA. non consentono conclusioni definitive: si può solo affermare che l'azione terapeutica di minime dosi di As e di Bi viene esaltata quando l'introduzione ne è fatta per via dermica ottenendosi dei risultati che non si avrebbero se le stesse dosi fossero introdotte per le vie comunemente usate nel trattamento della lue.

Gli AA. si propongono di continuare le loro ricerche allo scopo di verificare quale sia il massimo rendimento che può ottenersi dai rimedi antisifilitici somministrati per via dermica ed in dosi tali da escludere possibili inconvenienti. V. MONTESANO.

L'acridinoterapia nell'infezione gonococcica maschile.

(A. GISSELLA. *Il Dermosifilografo,* genn. 1933).

Le ricerche inerenti al problema chemioterapico della infezione gonococcica hanno interessato in questi ultimi anni una lunga schiera di studiosi.

Fra le varie sostanze proposte e sperimentate quella che finora ha dimostrato di possedere un'azione terapeutica più favorevole, è stata l'acridina con i suoi derivati.

L'A. riferisce i risultati ottenuti su 60 casi curati e studiati nella clinica Dermosifilopatica di Genova, con la acridinoterapia. Su questi 60 casi, 31 guarirono completamente, 23 apparvero notevolmente migliorati, mentre in 6 casi l'acridinoterapia non ebbe alcuna efficacia. La percentuale di guarigioni è dunque del 57 %.

Dalle sue osservazioni l'A. trae alcune conclusioni: egli non crede di dover dar ragione a coloro i quali vorrebbero negare ai derivati acridinici qualsiasi valore terapeutico nelle affezioni blenorragiche, ma nemmeno è con quelli i quali affermano che presso gli ospedalizzati è regola assoluta che la sola terapia endovenosa sia sufficiente a ottenere la guarigione: purtroppo infatti nemmeno questo mezzo rappresenta un'arma infallibile nella lotta contro l'infezione gonococcica, poichè si possono verificare anche con esso degli insuccessi completi.

L'acredinoterapia deve comunque essere sempre tentata nelle forme uretrali acute e croniche e nelle forme complicate, opportunamente associata a cure locali blande con permanganato e protargolo. Utilissimo è anche associare alla cura acridinica la cura vaccinica e sopratutto la proteinoterapia, alternando le suddette iniezioni in modo da evitare reazioni generali troppo violente.

I disturbi prodotti dal medicamento sono, quando si verificano, transitori e di breve entità. L'acridinoterapia poi non sempre riesce ad evitare l'insorgenza di complicanze ma ciò può interpretarsi come un indice dell'attività del medicamento, il quale riesce a ridestare focolai latenti, mettendoli in tal modo in evidenza e perciò nella possibilità di essere radicalmente guariti

Occorre dunque che l'acridinoterapia sia usata con intelligenza e discernimento se si vogliono ottenere da essa i migliori risultati terapeutici.

G. La Cava.

L'herpes recidivante.

(L. Périn. *Paris Médical*. 21 gennaio 1933).

Si designa sotto il nome di Herpes recidivante propriamente detto, un herpes che si manifesta periodicamente, senza causa apparente, sopra un territorio presso a poco fisso.

Questa definizione esclude gli herpes secondari o provocati, che non sono recidivanti che in apparenza, e le *poussées* successive di herpes insorgenti nello stesso soggetto in territori diversi.

Quando l'eruzione si riproduce costantemente sul territorio di uno stesso nervo, essa prende il nome di *eruzione zosteriforme*, sindrome complessa di cui le relazioni con la zona sono incostanti e che le prove di laboratorio permettono di considerare nella maggioranza dei casi come una forma particolare di herpes recidivante a topografia nervosa.

Gli elementi dell'herpes recidivante sono quelli dell'herpes banale, dal quale differiscono solo per la ripetizione a *poussées*. Spesso annunziata da disturbi funzionali (prurito-bruciore, ecc.) la *poussée* erpetica inizia con una macchia eritematosa limitata, leggermente edematosa, sulla quale appaiono rapidamente delle vescicole miliariche trasparenti, della grandezza di una testa di spillo, in numero da 2-3 a parecchie diecine. Le vescicole più spesso si raggruppano , il loro contenuto, prima chiaro, si fa opaco, poi si rompono, mettendo a nudo delle erosioni rosee o grigio-giallastre, essudanti, di cui il contorno riproduce il policiclismo iniziale delle vescicole. Dopo alcuni giorni le vescicole diventano secche, si forma una crosta gialla o nerastra, che finisce per cadere lasciando una macchia rossa, che poi scompare senza lasciare cicatrice.

I gangli linfatici sono generalmente indenni; la durata delle lesioni varia da una a due settimane. Dopo un certo tempo una nuova *poussée* si riproduce nella stessa regione con caratteristiche identiche. E ciò si ripete periodicamente, ogni mese, ogni due mesi, ogni sei mesi, o con intervalli più lunghi.

Bisogna notare che, pur limitandosi costantemente in una regione determinata, l'herpes non ha sempre una sede fissa: spesso la nuova *poussée* si sposta di qualche millimetro o di qualche centimetro dalla sede della *poussée* precedente, come se quest'ultima avesse prodotto una vera immunità locale passeggera. D'altra parte, si possono produrre delle *poussées* eruttive fruste, che possono alternarsi nello stesso soggetto con le *poussées* eruttive franche.

L'herpes recidivante si accompagna spesso a disturbi della sensibilità locale (prurito, bruciore), talora a dolori nevralgici a distanza, continui o parossistici, che possono anche precedere di vari giorni l'eruzione o persistere dopo la guarigione delle lesioni cutanee.

I disturbi nervosi possono manifestarsi al di fuori di ogni eruzione e realizzare delle forme di herpes atipico, che talora si alternano con delle *poussées* erpetiche franche, talora rappresentano delle sequele dell'herpes.

Ai sintomi funzionali si associano talora nel territorio dell'herpes dei fenomeni nervosi di ordine obiettivo (iperestesia, parestesia, ecc.) e dei disturbi vaso-motori (arrossamento, edema, elevazione di temperatura locale, ecc.).

L'herpes recidivante non è dunque una sindrome puramente cutanea; le manifestazioni neuro-trofiche concomitanti, talora predominanti, attestano l'importanza del sistema nervoso nella sua produzione.

L'importanza del sistema nervoso è ancora

dimostrata dalle modificazioni del liquido cefalo-rachidiano nel corso delle *poussées* erpetiche (reazione linfocitaria).

I sintomi generali fanno generalmente difetto; si può talora osservare uno stato febbrile con cefalea, stanchezza, anoressia, ecc.

Le complicazioni sono rare e consistono nell'infezione secondaria degli elementi.

Riguardo alla sede, l'herpes recidivante ha una marcata predilezione per certe regioni, che sono, in ordine di frequenza, gli organi genitali, la faccia, la natica, la bocca, le mani e le dita. Uni- o bilaterale, secondo i casi, esso non prende in generale che una sola regione alla volta, ma può presentare anche localizzazioni multiple.

L'herpes recidivante degli organi genitali è più frequente nell'uomo, e può prodursi in seguito a relazioni sessuali, potendo essere il punto di partenza di un'ulcera dura o di ulceri molli. Nella donna abitualmente realizza l'herpes catameniale, che compare più o meno regolarmente nei periodi mestruali. L'herpes recidivante della faccia è più frequente nei bambini e nei giovani e inizia generalmente la notte. Quello della natica è invece più frequente negli adulti e spesso precede la sciatica. L'herpes recidivante buccale si osserva particolarmente nei vecchi sifilitici e sembra favorito dall'azione prolungata del mercurio. L'herpes recidivante delle mani e delle dita compare sul territorio di uno o di parecchi nervi ed appartiene al gruppo delle eruzioni zosteriformi.

La diagnosi dell'herpes recidivante è in generale facile. Occorre distinguerlo dagli herpes secondari che si riproducono in una regione sotto l'azione di cause provocatrici evidenti (irritazioni locali, traumi, ecc.). Nella zona i dolori sono in generale più vivi e l'unilateralità è costante.

L'etiologia è complessa. Si osserva ugualmente nei due sessi ed in ogni età. Le sue localizzazioni però variano secondo il sesso e l'età. L'herpes della faccia si osserva sopratutto nei soggetti giovani, l'herpes genitale nell'uomo, l'herpes della coscia negli adulti dei due sessi, ecc.

Esso non è clinicamente contagioso. Sembra talvolta favorito da cause locali (carie dentaria, otite, uretrite, prostatite, ecc.) e generali (obesità, gotta, nefrite, affezioni nervose, sifilide acquisita o ereditaria).

La nozione recentemente acquisita della inoculabilità della sierosità erpetica, permette di attribuire all'herpes recidivante e all'herpes propriamente detta una patogenesi identica. L'herpes è dovuto ad un virus filtrabile che possiede delle affinità ora dermotrope ora neurotrope di intensità variabile. Il virus erpetico si avvicina al virus dell'encefalite letargica, dal quale differisce per una minore affinità neurotropa ed una più spiccata affinità dermotropa.

Le affinità variabili del virus influiscono verosimilmente sulle manifestazioni cliniche. Il predominio dell'affinità neurotropa spiega i fenomeni nervosi (emicrania, dolori, parestesie, ecc.) che sono così frequenti nell'herpes recidivante; il predominia dell'affinità dermotropa spiega le eruzioni confluenti senza sintomi nervosi.

L'esaltazione della virulenza erpetica in periodi determinati non è verosimilmente che uno degli effetti descritti da Milian sotto il nome di *biotropismo*, che ha un'importanza considerevole sulla produzione dei fenomeni detti di idiosincrasia. La depressione dello stato generale e la diminuzione delle reazioni difensive hanno naturalmente un'importanza adiuvante più o meno importante.

La localizzazione costante in un territorio limitato può essere considerata come una manifestazione del *microbismo latente*.

Esisterebbero poi dei portatori di germi, capaci di disseminare con la saliva l'infezione.

Il trattamento dell'herpes recidivante spesso fallisce. Conviene, quando un metodo non dà risultati, provarne un altro, senza lasciarsi scoraggiare dal carattere ribelle dell'affezione.

Durante la *poussée* conviene non irritare le lesioni. Le pomate e le medicature umide sono dannose. Ci si conterà di applicare delle polveri inerti, particolarmente della polvere di talco. Le medicature all'alcool a 90° o all'alcool canforato, i toccamenti con nitrato d'argento 1 % possono rendere dei servigi. Uno dei migliori topici è l'alcool iodato 1 %, che è in generale ben tollerato. Si può ricorrere alla radioterapia, portando le applicazioni non soltanto sulla regione malata, ma anche sui nervi periferici o sulle radici. I raggi ultravioletti, le medicazioni desensibilizzanti con l'autoemoterapia e con l'autosieroterapia sono state impiegate con risultati variabili. Infine il trattamento specifico (mercurio o bismuto) ha dato in certi casi risultati favorevoli, sia per azione diretta su di un terreno sifilitico, sia per azione eteroterapica. Il trattamento deve naturalmente essere completato con la ricerca e la rimozione delle cause locali o generali che possono favorire la comparsa dell'herpes.

C. TOSCANO.

SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI.

Anemia aplastica idiopatica.

(G. LESCHER e D. HUBBH. *The Lancet*, 4 febbraio 1933).

L'aplasia del midollo osseo è una condizione speciale per cui il midollo stesso diventa incapace di produrre gli elementi corpuscolati del sangue. Questo stato di solito è prodotto da avvelenamenti (benzolo), o da eccessiva esposizione ai raggi X, o da particolari forme di anemia, o da tumori o da leucemia. In al-

cuni casi però nessuno di questi fattori può essere invocato come agente causale: si deve allora parlare di aplasia primitiva, di anemia aplastica idiopatica.

Questa insorge di solito in individui giovani, e può avere decorso acutissimo, ovvero anche, grazie a particolari sussidi terapeutici, prolungarsi per alcuni anni.

Il quadro clinico è quello di una intensa anemia. L'esame del sangue dimostra un numero di globuli rossi di un milione, o meno, con un tasso emoglobinico normale; diminuiti in misura notevole i granulociti, perciò si avrà una linfocitosi relativa; aggirantesi sui 70.000 il numero delle piastrine (se scende più in basso si potranno avere manifestazioni emorragiche). Nulla di patologico dimostrano le varie reazioni sul sangue. Mentre di facile diagnosi può essere una forma di aplasia primitiva che si presenti con un quadro clinico completo, a volte si può correre il pericolo di esser fuorviati nel giudizio diagnostico.

Gli AA. hanno avuto modo di seguire 4 casi di anemia aplastica idiopatica, e richiamano l'attenzione sul quadro clinico vario da essi presentato: si può talvolta avere aniso e poichilocitosi come nell'anemia perniciosa, così anche sintomi di rigenerazione midollare: manca però sempre la glossite, l'achilia, e i sintomi dell'emolisi, tipici dell'anemia di Biermer.

Altre volte ancora prima dei globuli rossi diminuiscono le piastrine, e allora si hanno manifestazioni emorragiche tali da far pensare ad una porpora emorragica, o i granulociti, e, se vi è qualche lieve flogosi tonsillare concomitante si penserà ad una angina agranulocitica. Il decorso ulteriore dell'affezione però in breve porterà alla diagnosi esatta.

Più difficile sarà confondere con una leucemia aleucemica o una anemia emolitica.

La prognosi dell'anemia aplastica idiopatica è naturalmente grave: la durata dell'affezione è in rapporto con la quantità di midollo osseo che rimane ancora funzionante.

La terapia deve naturalmente cercare soltanto di ritardare il più possibile l'esito fatale.

Di scarso o nessun giovamento sono i preparati epatici, o di ferro, arsenico.

Qualche risultato si è ottenuto con iniezioni di adrenalina, e, specialmente le trasfusioni sanguigne praticate a intervalli molto ravvicinati (15 giorni a 1 mese), hanno in qualche caso permesso di veder sopravvivere anche per alcuni anni il paziente. M. PONS.

Sull'agranulocitosi.

(J. CHALIER, J. F. MARTIN, H. NAUSSAC. *Le Sang*, 1, 1933).

Lo studio, che fa seguito a quello clinico precedentemente recensito, ha un andamento a tipo di rassegna sintetica, contiene però alcuni contributi orginali. Il reperto autoptico del caso osservato dagli AA., se, per la mancanza del reperto del midollo osseo, non consente osservazioni di ordine patologico, è interessante come dimostrazione istologica dell'enorme invasione batterica. Ammassi batterici, infatti, vengono descritti nei reni, nelle capsule surrenali e nella milza.

Gli AA. hanno tentato anche una riproduzione sperimentale del quadro in animali, mediante inoculazione dello streptococco isolato dal malato. L'inoculazione in cavia ha dato risultati completamente negativi. Ripetute inoculazioni in coniglio hanno prodotto invece una sepsi mortale decorsa con forte granulopenia; però gli AA. riconoscono di esser ben lontani dalla vera agranulocitosi non fosse altro per il quadro istologico midollare che dimostrò una banale reazione mieloide quale si osserva abitualmente nella sepsi.

È interessante infine il concetto di agranulocitosi che gli AA. esprimono a conclusione della loro rassegna critica. Per essi, infatti, « l'agranulocitosi è una scomparsa brusca e completa dei leucociti, ma soprattutto una scomparsa radicale e assoluta di tutta la fisiologia granulocitica ». TORRIOLI.

Risultati lontani di una splenectomia per ittero emolitico.

Evoluzione della lipoidemia.

(L. DE GENNES e LAUDAT. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 14 nov. 1932).

Gli AA. hanno avuto la possibilità di seguire per circa sei anni un soggetto splenectomizzato per ittero emolitico congenito. Dopo l'intervento si ebbe un rapido miglioramento dell'anemia, un aumento della resistenza globulare, che dopo essersi fissata rapidamente su cifre notevolmente più basse di quelle iniziali, lentamente poi arrivò a cifre normali. La colesterina, molto abbassata (0.60) prima dell'intervento, aumentò dopo l'atto operativo a gr. 1.15, per raggiungere nel corso di un anno gr. 1.32, dopo due anni gr. 1.50, dopo sei anni gr. 2.45. La cifra dei lipoidi totali del siero si elevò nello stesso tempo da gr. 2.25 a gr. 5.20. Ma questa cifra normale fu presto oltrepassata, e dopo 6 anni dalla splenectomia si trovò un tasso di lipoidi del siero di gr. 7.54.

L'ammalato per circa due anni, per quanto apparentemente normale, non poteva essere considerato guarito. Ogni affaticamento o infezione intercorrente determinava la comparsa di un leggero subittero alle sclere e di una *poussée* anemica, che però non era accompagnata sempre da una recrudescenza di fragilità globulare. Successivamente però il benessere del soggetto si stabilizzò, malgrado si fosse assoggettato ad una vita rude e faticosa e, dopo 5 anni, cominciò a presentare delle crisi

di ittero franco, colurico, con scolorazione delle feci e con i caratteri dell'ittero litiasico. Alla radiografia e all'esame delle feci non furono però trovati segni di presenza di calcoli.

Gli AA. richiamano l'attenzione sull'aumento della colesterina e dei lipoidi totali del siero constatati dopo la splenectomia. L'osservazione degli AA. dimostra in modo quasi sperimentale l'incontestabile azione della splenectomia sul meccanismo regolatore del tasso lipoideo del sangue, tasso che si trova modificato già il giorno dopo l'intervento e continua per sei anni ad aumentare lentamente ma regolarmente fino a cifre patologiche. Contrariamente alle conclusioni di Abelous e Soula, secondo cui esisterebbe un potere colesterogenico della milza, l'osservazione degli AA. tenderebbe a dimostrare che esiste una secrezione che regola ed abbassa il tasso dei lipoidi del sangue.

C. TOSCANO.

Milza e governo del cloro.

(E. SCHLIEPHAKE und H. PROBST. *Klinische Wochenschrift*, n. 45, 5 nov. 1932).

Ricerche numerose, diligentemente condotte, allo scopo d'indagare e stabilire una funzione ormonica della milza, non hanno portato contributi sicuri alla soluzione del problema ed i risultati ottenuti sono giustamente giudicati con scetticismo, per quanto da quasi tutti sia stato riconosciuto che alla splenectomia seguono disturbi del ricambio e del sistema nervoso vegetativo, disturbi che si dileguano in seguito alla somministrazione di estratto splenico. Gli AA., partendo dai risultati delle ricerche di Schliephake e Kronsohn sull'azione regolatrice della secrezione gastrica di un estratto splenico, il Prosplen, il quale abbassa il valore acido negl'iperacidi, l'innalza nei subacidi e non influenza i normoacidi, affrontano la quistione fondamentale sull'influenza dello stesso estratto sul movimento del cloro nel sangue e nell'urina, e ciò anche allo scopo di portar luce sui risultati delle ricerche precedenti, in quanto indubbiamente la secrezione dell'acido cloridrico nello stomaco è in dipendenza del movimento del cloro in tutto l'organismo. Certamente più che nel sangue sarebbe stato importante lo studio delle variazioni del cloro nei tessuti, in rapporto alla secrezione dell'acido cloridrico, in quanto i tessuti possono immagazzinare notevole quantità di cloro e poi cederlo lentamente, mentre le variazioni del cloro nel sangue non possono andare oltre certi limiti. Il meccanismo regolatore del cloro nel sangue non è ben conosciuto, evidentemente non è di natura nervosa, ma endocrina e in prima linea è da mettere l'ormone ipofisario e tiroideo ad azione antagonista all'ormone splenico.

Gli AA. praticarono ricerche su 40 soggetti (studenti sani ed alcuni ammalati leggeri) che divisero in 3 gruppi secondo il diverso modo come veniva condotta la ricerca: nel primo gruppo i soggetti erano tenuti a digiuno ed a letto; solo ogni ora ricevevano 100 cc. di tè precedente erano stati somministrati 300 cmc. di tè, 3 biscotti ed un uovo molle; nel terzo gruppo infine furono somministrati gr. 5 di sale da cucina ed in alcuni il Prosplen era iniettato prima, in altri dopo 5' dal carico di cloruro. Le determinazioni del cloro furono portate sull'urina, sul sangue ed in parecchi sul succo gastrico. Nonostante chiare differenze individuali, nei primi 2 gruppi in generale si constatava dopo l'iniezione di Prosplen una diminuzione dell'eliminazione del cloro per l'urina ed aumento del cloro nel sangue, secondo curve non sempre simmetriche per quanto opposte: nell'urina dopo ore 2 1/2 il cloro era diminuito di gr. 0,38 e nel sangue la differenza in senso opposto era di mgr. 60 per cento.

Nel gruppo in cui il Prosplen fu iniettato o dopo o prima del carico di 5 gr. di sale da cucina, il contenuto in cloro del sangue fu diversamente influenzato e precisamente nel primo caso il carico di cloro non influenzava sensibilmente la cloruremia che aumentava solo dopo ore 2-1/2, mentre se l'iniezione era praticata prima del carico la cloruremia prima discendeva e poi ritornava alla norma. Questo diverso comportamento dipendeva secondo gli AA. evidentemente dalla corrispondente fase di azione della sostanza splenica, fenomeno che sotto l'azione della stessa sostanza si verifica per il decorso della glicemia e per le alterazioni delle proteine del siero. Dalle curve riportate risulta che l'assorbimento e l'assimilazione del cloro decorrono in modo determinato e si congegnano con le fasi di azione del Prosplen. Risulta pertanto che il ricambio del cloruro di sodio del sangue e dei tessuti, come anche la secrezione cloridrica dello stomaco sono influenzate dal Prosplen, per quanto in modo individualmente diverso.

Gli AA. concludono che l'ormone splenico determina ritenzione di cloro in tutto il corpo; nel sangue tale aumento è esponente dell'alterato ricambio tra cloro del sangue e dei tessuti, il cui potere di ritenzione aumenta per una maggiore capacità di immagazzinamento sotto l'azione del Prosplen, di conseguenza abbassamento dei cloruri nell'urina.

Nonostante queste tipiche reazioni che il Prosplen esercita sul ricambio del cloro, sono necessarie ulteriori ricerche per chiarire parecchi punti oscuri dell'importante argomento ed in ciò gli AA. concordano, ritenendo la nota da essi pubblicata solo come nota preliminare.

R. D'ALESSANDRO.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

G. EGIDI. *Atlante di chirurgia dello stomaco*, dedicato al prof. R. ALESSANDRI nella ricorrenza del XXX anno d'insegnamento. Elegantemente rilegato. Casa Editr. L. Pozzi, Roma, 1933. Prezzo L. 30.

È una magnifica edizione con testo molto breve e quasi esclusivamente di illustrazione delle figure che rappresentano la parte principale del lavoro, quasi tutte originali, che in XXX tavole disegnate sotto la direzione del prof. Egidi con grande precisione e riprodotte mirabilmente in fototipia dal Danesi, dimostrano la distribuzione dei nervi sensitivi della parete anteriore dell'addome, per l'anestesia regionale, la disposizione degli omenti e del mesocolon, il decorso e i rapporti dei vasi sanguigni dello stomaco e del duodeno, e illustrano assai chiaramente i vari modi delle suture gastriche e gastro-intestinali, la esecuzione della gastrostomia alla Vitzel, la plastica pilorica alla Rammsted, e alla Finney, la gastroenterostomia posteriore transmesocolica, la gastrotomia, e in varie tavole i diversi tipi di resezione gastrica alla Billroth I e alla Billroth II, la tecnica dell'anestesia viscerale e l'esplorazione delle pareti anteriore e posteriore dello stomaco, gli accorgimenti in caso di ulcere penetranti e le varie modalità di esecuzione delle suture, con figure molto chiare, e infine le complesse resezioni per ulcere peptiche postoperatorie e la gastrectomia totale.

L'atlante, che dimostra nell'A. una padronanza completa della tecnica operatoria per le varie affezioni dello stomaco, sarà di grande utilità non solo per il chirurgo principiante, ma anche per il provetto; e merita di avere larga diffusione fra gli operatori e fra i docenti per l'insegnamento della chirurgia gastrica. R. A.

E. LIEK. *Krebsverbreitung, Krebsbekämpfung, Krebsverhütung*. Un vol. in-8° di pag. 252. J. F. Lehmann. München 1932. Prezzo RM. 5 (Rileg. 6,50).

L'A. esamina nel suo insieme la questione del cancro, rilevando che esso tende ad aumentare nonostante gli infiniti rimedi proposti contro di esso. Anche la chirurgia ha ormai raggiunto il massimo di quanto poteva dare (l'A. è un noto chirurgo di Danzica). La stessa lotta sociale che si viene facendo non raggiunge risultati molto brillanti; in Germania, dove essa è in vigore da un trentina d'anni, la mortalità per cancro è cresciuta, dal 70 al 119 per 100.000. Anche le ricerche scientifiche approdano a poco e la propaganda troppo spinta finisce per creare degli ipocondriaci, anzichè scoprire precocemente i cancerosi.

Il problema del cancro, osserva l'A., è molto più intricato di quanto lo fanno ritenere quelli che lo riducono ad un'intossicazione da catrame o da arsenico. La genesi è forse da riferirsi al complesso della nostra civilizzazione, specialmente all'alimentazione troppo raffinata e denaturata, in certo modo artificiosa, ai varii tossici che continuamente si assorbono. È soprattutto in questo senso che vanno diretti i nostri sforzi.

Alla fine l'A. sintetizza in 10 comandamenti le regole per proteggersi dal cancro, che corrispondono essenzialmente alle regole di una vita igienica. *fil.*

Istituto Nazionale Vittorio Emanuele III per lo studio e la cura del cancro. (Milano). Vol. IV, 1932.

Veramente ragguardevole è stata l'attività di questo Istituto nel quarto anno d'esercizio: oltre 1000 infermi ricoverati, con più di 46.000 degenze; oltre 900 pazienti presentatisi all'ambulatorio. Notevole il lavoro delle varie Sezioni: medica chirurgica generale, ginecologica, radiologica, anatomo-patologica e biologica.

Ma oltre a quello pratico, è quanto mai degno di nota il contributo scientifico delle varie sezioni, di cui troviamo la documentazione nella serie dei 34 lavori pubblicati su riviste italiane ed estere e qui raccolti in un bel volume.

Non è possibile citarli tutti; accenniamo ai seguenti: La pubblicazione d'insieme del Direttore Prof. Fichera sui « Fattori interni nello sviluppo dei tumori ed odierni saggi di terapia biologica » (un volume di oltre 200 pagine, con 21 grafici ed 84 microfotografie). Una serie di lavori del Prof. Rondoni riguardanti essenzialmente la proteolisi. Un vasto lavoro di A. Ratti sulle lesioni da radiazioni; altri di G. Moglia sulle erosioni della portio, di N. Montanini (Reazioni linfoghiandolari nei distretti sede di cancro), ecc. *fil.*

S. SIMON. *Die Curie-Roentgentherapie bösartiger Frauenleiden.* Vol. di pagg. 122 con 78 figure. Thieme, editore, Lipsia 1933. Marchi 13,20.

La monografia di Simon — della Clinica Ginecologica di Vienna — corredata di belle figure mette a giorno tutti i vari punti della curie e roentgen terapia dei tumori maligni degli organi genitali femminili. Singoli capitoli trattano della cura del carcinoma della vulva, della vagina, del collo dell'utero, del corpo dell'utero. A questi capitoli che occupano circa una metà del libro (da 50 a 118 pag.) precede una parte generale sulle indicazioni e controindicazioni della cura, sulla tecnica e sui fondamenti della curie e roentgenterapia e sull'azione delle radiazioni in genere.

In piccola mole l'argomento è trattato in modo completo e il libro si raccomanda al radiologo terapista che avrà sotto mano una monografia completa sull'argomento. E. MILANI.

F. SANFELICE. *La cura del cancro e del sarcoma con la cancrocidina.* Un vol. in-8°, di pag. 105. Nistri-Lischi edd., Pisa, 1932.

Sono note le vedute del Sanfelice sui blastomiceti neoformanti. Con l'isolamento di altri

blastomiceti a caratteri morfologici e culturali del tutto simili, ma isolati dall'ambiente esterno (Bl. paraneoformanti), egli ottiene la cancrocidina, che consiste in una sospensione di una cultura di tali blastomiceti tuttora viventi; se ne praticano iniezioni endovenose (non meno di 60) ai malati con carcinomi o sarcomi.

In questa pubblicazione, l'A. riferisce su oltre 50 casi osservati da lui stesso o da medici a cui aveva inviato il preparato. Fra tali casi, si sono avuti dei risultati veramente sorprendenti di malati con diagnosi accertata anche istologicamente, in cui la guarigione risale ormai a parecchi anni (7 in un caso di sarcoma gengivale, 4 in un sarcoma del sacco lacrimale ed in casi di cancri della mammella e così via).

La cura va iniziata al più presto ed il prof. Sanfelice invia il preparato a quanti glielo richiedono per malati che si trovino nelle condizioni volute. *fil.*

DIVAGAZIONI.

Cambiamenti di carattere delle malattie.

(HUMPHRY ROLLESTON. *The British Med. Journ.*, 25 marzo 1933).

Sydenham ha sostenuto che le malattie acute hanno variazioni stagionali, con ondate misurabili a mesi, mentre altri (Bennet, Markham) negarono queste variazioni.

Certamente nell'ammettere dei cambiamenti nel carattere delle malattie bisogna anche tener conto della maggior facilità che si ha oggi nel fare alcune diagnosi. Così la trombosi delle coronarie appare più frequente dal 1926 ad ora.

Per quanto riguarda le malattie infettive, la scarlattina, il vaiolo hanno certamente cambiato carattere negli ultimi dieci anni. Il vaiolo, per esempio, ha preso un decorso estremamente benigno.

Nel cambiamento di carattere delle malattie intervengono certamente fattori interni all'organismo (costituzionali) ed esterni (agenti fisici, tossici, strapazzi, ecc.). Così, per esempio, durante la guerra si ebbero modificazioni in alcune malattie: diminuzione delle malattie dovute ad eccessi dietetici, diminuzione dell'alcoolismo, dell'obesità, dell'appendicite, della colecistite, del diabete fu osservata in Russia. In Germania diminuirono il diabete, l'arteriosclerosi e la pancreatite acuta.

Anche le migliorate condizioni di igiene hanno ridotto notevolmente le malattie infettive e la mortalità infantile, hanno prolungato la durata media della vita.

Esaminando alcune malattie in particolare, la clorosi dal principio del secolo è quasi scomparsa e il suo posto è stato occupato dall'anemia acloridrica semplice delle donne di mezza età; questa scomparsa si attribuisce all'abolizione del busto, all'esercizio fisico e alle migliorate condizioni di vita.

Negli ultimi 80 anni il reumatismo acuto non presenta più come complicazione la polmonite. Gli stati gottosi sono diventati più rari, la sifilide per certi aspetti è meno grave che nei secoli precedenti, l'appendicite è più frequente, meno frequenti sono la cirrosi epatica, la polmonite. Il cancro primitivo del polmone è diventato più raro come pure più rare sono le cisti da echinococco. R. LUSENA.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Adunanza del 7 marzo 1933.

La cura delle brucellosi.

Prof. G. DI GUGLIELMO. — Con l'introduzione del vaccino antimelitense per via endovenosa si è potuta ottenere, in 30 casi trattati, costantemente la guarigione completa e definitiva dopo 3, 4 o 5 iniezioni.

L'O. consiglia di cominciare la cura con 2 *iniezioni di prova* (1,2 milioni di germi), destinate a saggiare la reattività individuale, e di continuarla con le *iniezioni efficaci* (capaci cioè di provocare una reazione febbrile di almeno 30° C.) a dosi progressivamente crescenti, in modo che le diverse reazioni siano di intensità quasi uguale. L'intervallo tra le iniezioni sarà di 3-4 giorni in principio e di 7-8 in seguito. Per completare la cura conviene eseguire, dopo il totale sfebbramento, altre due iniezioni. In nessun caso si sono dovuti lamentare inconvenienti, neanche negli ammalati curati ambulatoriamente, per cui si può parlare di assoluta innocuità e di sicura efficacia della vaccinoterapia endovenosa dell'infezione brucellare.

Sulle perforazioni inavvertite della cistifellea.

G. MUSCATELLO. — Presenta un paziente di 56 anni, che aveva sofferto nella giovinezza il tifo, a 38 anni un lieve ittero febbrile passeggiero, a 48 anni una affezione febbrile con dolore alla base del torace ed essudato pleurico; e che mai aveva accusato una sindrome dolorosa che richiamasse l'attenzione su una affezione delle vie biliari; si manifestò un ascesso peri e sottocondrale in corrispondenza dell'8ª, 9ª e 10ª costa destra, a decorso subacuto, nel quale ascesso all'operazione si trovarono due grossi calcoli biliari, senza che l'ascesso avesse alcuna comunicazione con la cistifellea. Evidentemente i calcoli, forse consecutivi al tifo, avevano prodotto ulcerazione e perforazione silenziosa della cistifellea, con conseguente formazione di ascesso subfrenico guarito spontaneamente, ascesso che si riformò dopo 8 anni con decorso subacuto pel ridestarsi dell'attività microbica latente.

Brucellosi da " paramelitensis ,,.

Prof. G. SORGE. — L'O. riferisce su due casi di forme infettive con sierodiagnosi negativa per *Brucella melitensis* e *Brucella abortus* e positiva per *Brucella paramelitensis* R e S. (rispettivamente a 1:450 e a 1:600). In uno dei due casi il tasso agglutininico del siero fu visto accrescersi in esami successivi; l'altro aveva tutto l'aspetto clinico della tipica febbre ondulante, e tale diagnosi era confortata da tutti i criteri, non escluso quello pro-

fessionale (capraio). L'emocultura in entrambi fu negativa; comunque l'O. ritiene che, malgrado la facile agglutinabilità dei ceppi di *paramelitensis* da sieri aspecifici, nei casi del genere il reperto sierodiagnostico possa considerarsi come documentazione ètiologica, senza soverchio scetticismo.

L'ematopoiesi nel rene del neonato luetico.

A. GIORDANO — Lo studio istopatologico del rene in dieci neonati con lue congenita precoce ha permesso all'A. di precisare la natura dei focolai a carattere ematopoietico della corteccia sopratutto per la illustrazione dei megacariociti non mai prima d'ora descritti in questa singolare funzione del mesenchima renale. La discussione sul significato della ematopoiesi così evidente del rene dell'eredoluetico porta alla conclusione che essa sta a rappresentare una funzione vicariante del mesenchima generico del rene date le gravi lesioni indotte dalla lue con grave compromissione sopratutto degli organi ematopoietici (midollo osseo, fegato, milza). I focolai ematopoietici del rene nel neonato luetico pur non potendosi considerare (sopratutto per la interpretazione suddetta) come esclusivi della lue congenita precoce e quindi patognomonici, hanno tuttavia un grande valore diagnostico per il fatto che proprio nella sifilide congenita si trovano costantemente. *Il Segretario.*

Società Lombarda di Chirurgia.

Seduta del 17 febbraio 1933.

Presidente: Prof. MARIO DONATI.

A proposito di complicazioni polmonari post-operatorie.

G. ROTOLO. — L'O. riferisce su 10 casi di broncopolmonite post-operatoria di cui riporta i documenti radiologici ed anatomo-istologici; 5 di questi casi, sono stati seguiti da guarigione, 5 da esito letale. Riferisce inoltre su di un caso di pneumotorace insorto acutamente durante l'anestesia e seguito da rapida guarigione. L'O. fa osservare come il collasso massivo del polmone sia una complicazione post-operatoria molto rara e che di solito il quadro delle complicazioni polmonari post-operatorie assume l'aspetto clinico e radiologico dei processi bronco-pneumonici acuti. Discute ampiamente il problema etio-patogenico e si dimostra favorevole ai principi generali della teoria della ipoventilazione polmonare.

Discussione: PERONI, FERRATA, DONATI, ROTOLO.

Resezione gastro-duodenale per ulcus duodeni e due anni dopo ileo-colectomia (m. 1,40 di ileo e tutto il colon) per tumor.

S. LUSSANA. — Viene presentato un soggetto che ha subito in un primo intervento resezione gastro-duodenale ampia per ulcus duodeni. Due anni dopo presenta processo infiltrativo (linfogranuloma) invadente il cieco-ascendente con ectasia d'alto grado dell'ileo-terminale ed, a monte di questa, altra zona di infiltrazione ulcerosa sull'ileo a m. 1,10 della valvola. Un secondo intervento asporta m. 1,40 di ileo ed il colon destro fino a metà del trasverso, terminando (di necessità) con una ileo-sigmoidostomia ed una colostomia epigastrica del moncone sinistro del trasverso. Dopo tre mesi viene eseguita l'emicolectomia sinistra del colon rimasto escluso, nel quale il contenuto intestinale refluiva o ristagnava.

L'operato, a nove mesi dall'operazione, sta bene, è aumentato 8 kg. di peso, ha buona sanguificazione. Seguono considerazioni sulle indicazioni ai vari interventi, sulla natura della forma morbosa, su provvedimenti tecnici suggeriti dalle circostanze.

Discussione: FERRATA, DONATI, LUSSANA.

LUSSANA S. — *Risultati che può dare la plastica mammaria* (presentazione di operata).

L'urografia discendente e la diagnosi precoce della tubercolosi renale chirurgica.

LASIO G. B. — L'O. riferisce su 80 casi, nei quali ha praticato l'urografia discendente per accertare la tubercolosi renale; conclude che questo mezzo diagnostico non riesce a riprodurre sulla lastra le lesioni morfologiche minime della tubercolosi iniziale. Questo compito resta affidato sempre ai vecchi esami strumentali e di laboratorio, che riposano però sulla necessità di una comunicazione anatomica tra focolaio e vie escretorie. Ad ogni modo però, l'urografia discendente, anche considerata come semplice mezzo di orientamento associato allo studio della sintomatologia clinica, all'esame dell'orina globale, ha notevole importanza, perchè rileva e localizza il processo tubercolare renale, specialmente se progredito, e ne suggerisce l'indicazione terapeutica. Pure non riuscendo a stabilire l'unilateralità della forma, evita però, nei casi nei quali non si riesce a praticare il cateterismo ureterale, la necessità di una doppia lombotomia esplorativa, alla quale qualche volta si doveva ricorrere in passato.

L'urografia serve in questi casi a dimostrare se esistono due reni e, associata con la costante, se almeno uno di questi funziona.

Il Segretario: Prof. E. ETTORRE.

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta del 10 marzo 1933.

Presidente: Prof. PAOLO GAIFAMI.

Ph, riserva alcalina ed equilibrio del sangue.

Dott. A. MILELLA. — L'O. riportandosi a sue precedenti ricerche sul rapporto albumine-globuline nella patogenesi dell'edema cardiaco, ha voluto ricercare se nei casi in cui il Ph e la riserva alcalina fossero abbassati, vi fossero anche modificazioni del detto rapporto. Di 15 ammalati affetti da varie malattie esaminati dall'A. 10 presentavano Ph e riserva alcalina al di sotto della norma, contemporaneamente le albumine del siero di sangue erano diminuite e le globuline aumentate. In tre individui sani ha provocato l'acidosi mediante somministrazione *per os* di soluzione di acido fosforico. Ha egualmente ottenuti in questi soggetti inversione dell'equilibrio proteico. Richiama l'attenzione sull'importanza del fegato nell'equilibrio acido-basico e sulle eventuali alterazioni che ne potrebbero derivare nella funzione di quest'organo nel ricambio proteico.

Contributo clinico allo studio della maturità precoce.

Dott.ssa L. BUONVINO. — L'O. riferisce di due casi (una ragazza a 9 anni ed un ragazzo a 7) di maturità precoce, esaminandone la ricca e varia sintomatologia, la complessa patogenesi e la eziologia oscura; dimostra come la forma morbosa non sia esclusiva del sesso femminile; e per questo, come anche per il complesso carattere morfologico e per la intima essenza della malattia, ritiene più proprio parlare di maturità precoce (Alfredo Ferrannini) anzi che di matronismo precoce (Pende).

Esperienze cliniche con la "piretamina di Centanni".

Prof. POPPI U. — La piretamina usata per via endovenosa non dà inconvenienti e produce reazioni termiche elevate.

Il Segretario: Prof. DONATO GARGASOLE.

Società Medico-Chirurgica Veneziana.

Seduta del 20 febbraio 1933.

Presidenza: Prof. G. B. FIOCCO.

Sulla gastroscopia.

Prof. F. BRUNETTI. — Riassunta la storia del metodo, l'O. dimostra l'ultimo strumentario flessibile di Wolf-Schindler, che rappresenta il massimo di perfezione costruttiva e di sicurezza; pensa quindi possibile la volgarizzazione della gastroscopia in Italia, dove è pressochè ignorata. Il nuovo gastroscopio elimina il pericolo di perforazioni, è di semplice introduzione come per una sonda gastrica ed amplia notevolmente il campo di visibilità. Descritta la tecnica della scopia l'O. ne espone indicazioni e controindicazioni e si dimostra persuaso della utilità del nuovo metodo, non solo per chiarire problemi di fisiopatologia gastrica, ma per esplorare e seguire *de visu* le lesioni. Circa ai rapporti tra gastroscopia e gli altri mezzi di indagine gastrica crede che questo può servire di completamento e di controllo agli altri. Per la questione di competenza, che è secondaria, ricorda che in Germania la gastroscopia è di dominio dei medici, che in Italia se ne sono occupati un O. R. L. il Torrigiani e un chirurgo il Dotti, che d'altra parte sembra logico se ne occupino gli O. R. L. per la competenza delle manovre esofago-broncoscopiche e la conoscenza delle lesioni delle mucose profonde.

Gli ascessi freddi del torace.

Prof. D. DE FRANCESCO. — Gli ascessi freddi del torace hanno origine frequente dagli strati della parete (costole, sterno, gangli e pleura); altre volte originano dalla colonna sotto forma di ascessi che scendono lungo le costole oppure si svolgono nel mediastino e attraverso gli spazi intercostali divengono sottocutanei. Una categoria più importante di ascessi freddi che appaiono all'esterno è costituita dalla caseificazione dei gangli profondi del mediastino anteriore o posteriore. La infezione di questi come degli ascessi pottici necessita la loro apertura fin dentro il mediastino attraverso la resezione delle costole e delle apofisi trasverse.

Dott. C. CICERI. — *Ulceri gastriche e duodenali con emorragia.*

Trattamento chiuso della tubercolosi articolare aperta.

Dott. G. MOCCIA. — L'O., dopo aver accennato le ricerche che in collaborazione col dott. Lolli e col prof. Magni ha iniziato per dimostrare quali modificazioni avvengono dal lato batteriologico e biologico nella secrezione dei seni fistolosi nelle varie fasi della cura, riporta la statistica di 30 ammalati di forme articolari gravi aperte ed infette, curate col metodo del Solieri. In più della metà dei casi si ebbe la guarigione in un periodo di tempo da sei mesi ad un anno; negli altri ad eccezione di due o tre si ebbe notevole miglioramento.

Dott. E. BIDOLI. — *Fistola gastrodigiunocolica in gastroenterostomizzato.*

Dott. S. GABRIELLI. — *Indicazioni e risultati della derivazione biliare.*

Il Segretario: Dott. A. VANNI.

Società Medico-Chirurgica Calabrese.

(Sezione Cosentina).

Seduta del 18 febbraio 1933.

Presidente: Prof. R. FALCONE.

All'inizio della seduta, il prof. FALCONE presenta un ordine del giorno del prof. Santoro, il quale propone di dedicare la prossima seduta allo svolgimento del tema « appendicite » affidandone le parti a vari relatori.

Il prof. FALCONE propone di costringerne la trattazione in maniera consona agli scopi cui tende la società: « *appendicite nella pratica medico-chirurgica* ».

L'assemblea approva.

Dott. SUMMARIA. — Descrive un caso interessante dal punto di vista diagnostico, poichè — mentre i dati clinici e le indagini relative facevano pensare ad un ascesso epatico — il decorso ulteriore fece rilevare trattarsi invece di una *pionefrosi destra.*

Sei casi d'invaginazione intestinale (rilievi diagnostici e patogenetici).

Dott. R. RODOTÀ. — L'O., dopo avere minutamente descritto sei casi d'invaginazione intestinale, operati nell'Ospedale Civile, sia dal punto di vista dell'andamento evolutivo della forma morbosa, sia nei riguardi del reperto operatorio, s'intrattiene — attraverso un largo corredo di cognizioni cliniche e di riferimenti bibliografici sull'argomento — a tracciare i quadri tipici della malattia nell'infanzia e nell'adulto, passando in rassegna tutte le forme morbose che possono mentirla e cercando di trarre criteri precisi di orientamento per una diagnosi e un intervento precoce. L'O. si diffonde, sopratutto, a studiare ampiamente l'importante sindrome addominale dal punto di vista anatomopatologico, facendo delle notevoli considerazioni di carattere patogenetico, e mettendo in rapporto i casi da lui descritti con la pericolite di Jackson.

Atrofia e dimagramento infantile curati con l'insulina.

Prof. MISASI. — Riferisce su 35 casi. Fa un'ampia disamina dell'alterato ricambio degli atrofici, mettendo in rilievo il criterio del quoziente energetico e del metabolismo basale per la diagnosi di ritardato ricambio nell'atrofia infantile. Consiglia nei dimagramenti da cause ignote e nell'atrofia la cura insulinica.

Riflessi e sviluppi della vaccinoterapia regionale.

Prof. SANTORO. — L'O. mette in luce i riflessi biologici che questo metodo di terapia ha avuto per la ginecologia contemporanea che, dal semplicismo semeiologico, è passata allo studio batteriologico più accurato di ogni singola forma morbosa.

Riportando una larga casistica, mette in rilievo le nuove applicazioni della V. R. nella profilassi e cura delle infezioni puerperali, nella profilassi chirurgica — prima di ogni intervento ginecologico, laparotomico o vaginale — preconizzando per la V. R. l'uso degli auto-vaccini e dei vaccini lisizzati col metodo Caronia.

Infine, il dott. LO PASSO tratta di un raro caso di mielite trasversa post-morbillosa, guarita senza postumi.

Il Segretario: Dott. M. CARBONE.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Occlusione intestinale da calcolo biliare seguita da rimozione ed espulsione spontanea del calcolo

per il dott. GINO CARDINALI, medico chirurgo in Sanseverino Marche.

È noto che l'occlusione intestinale da calcoli biliari è malattia non estremamente rara, come dalle statistiche del Leichtenstein del 1876, del Courvoisier del 1890, dell'Hermann del 1904, dei Leriche e Cotte del 1908, dell'Hille del 1925, del Mondor del 1930, del Gibson, del Wortmann, del Bernard, del Pinardi, Bagozzi, Margarucci ed altri; ma fortunatamente poco frequente. Dico fortunatamente, perchè, secondo le più interessanti statistiche, ha purtroppo, s'intervenga o no, una alta percentuale di mortalità.

Riguardo al trattamento, alcuni AA. optano per quello medico all'inizio, con riserva di ricorrere all'intervento chirurgico come *extrema ratio*. Ad esempio Papin registra nella sua casistica una mortalità del 40 % fra i soggetti non operati e del 55 % fra quelli operati. Anche le casistiche di Wagner dànno rispettivamente il 47 % ed il 60 % di mortalità. La maggior parte degli AA. è tuttavia propensa all'intervento chirurgico precoce, ed anche io mi recluto tra questi, non ostante il caso che descriverò or ora e nel quale si potè risparmiare alla paziente un atto operativo.

Signora P. C., di anni 44, coniugata con quattro figli, residente in Sanseverino (Marche), ammalata presso il proprio domicilio dal 6 dicembre 1926 in poi.

Anamnesi remota: i comuni esantemi dell'infanzia, mestruazioni a 13 anni e di poi sempre regolari, quattro gravidanze normali con figli robusti e sani, mai malattie degne di nota, non lue, non tbc. manifesta nè in lei e nè in elementi della famiglia. Nel 1910 cominciano i primi sintomi della malattia del fegato sotto forma di una colica con localizzazione all'ipocondrio destro ed ingrossamento della cistifellea che raggiunge il volume di un medio limone. Fa la cura di Chianciano senza alcun risultato benefico. Durante l'inverno del 1924 poi, ha coliche frequenti con eliminazione di numerosi calcoli piccolissimi.

Anamnesi recente: chiamato al capezzale della paziente il 6 dicembre 1926, la trovo in preda a dolori violenti per una delle solite coliche biliari.

Esame obiettivo: *Torace*: nulla di anormale salvo diminuzione dell'espansione basale del polmone destro a causa dell'ingrossamento del fegato.

Cuore: nei limiti.

Addome globoso, non segni di versamento liquido.

Milza nei limiti.

Fegato ingrandito, duro, dolente alla palpazione, debordante di circa quattro dita trasverse dall'arcata costale.

Cistifellia grossa quanto un grosso limone, dolentissima alla palpazione anche leggerissima.

Temperatura 37°,8.

Esame delle urine: albumina e zucchero assenti, urea 17 ‰, numerosissimi pigmenti biliari, nel sedimento qualche leucocito, cellule di sfaldamento, urati.

Feci acoliche.

Pelle e mucose intensamente itteriche.

Diagnosi: colica biliare da calcoli.

Cura: il consiglio di un atto operativo viene respinto dalla paziente; somministro allora del Pantopòn per iniezioni, urotropina per bocca, consiglio un bagno generale caldo, l'applicazione continua di una borsa di acqua calda in situ, ed un clistere con acqua quasi fredda. Per quattro giorni, con intervalli di leggero miglioramento, si susseguono crisi dolorose che abbattono fortemente la paziente creando preoccupazioni in me e nei famigliari, i quali cominciano a propendere per l'intervento chirurgico. La mattina dell'11 dicembre la paziente, mentre dopo un bagno caldo era in gabinetto per defecare, ha la sensazione di un dolore acutissimo, diverso dai soliti, all'ipocondrio destro, e, dopo una sensazione di rimescolamento addominale, espelle dall'intestino una massa di circa una ventina di medii e grossi calcoli biliari. Ne sussegue l'immediata cessazione dei soliti dolori e un senso di benessere confortato dalla gioia dell'evento inatteso. Per due giorni l'ammalata seguita a star bene ed ha frequenti scariche diarroiche intensamente colorate. Anche le orine divengono sempre meno itteriche. Alla palpazione il fegato è ridotto di volume meno dolente e la cistifellia è ridottissima dal volume primitivo. Dal 13 al 16 dicembre non vi sono più defecazioni e l'ammalata comincia a sentire qualche dolore addominale vago e senza sede fissa. Il giorno 17, all'improvviso il dolore diviene intenso, insopportabile e si localizza nella regione ileo-cecale. Contemporaneamente l'alvo già chiuso alle materie fecali lo diviene anche per i gas, e appare vomito che si ripete frequentemente il 18 e il 19, il 20 poi esso assume odore fecaloide. In questo giorno il quadro diventa estremamente serio e preoccupante. Condizioni generali gravi. Polso frequente e piccolo. Lingua patinosa ma umida. Respiro dispnoico. Sensorio integro. Temperatura 37°,2. Addome globoso, totalmente e spontaneamente dolente, ma specialmente in corrispondenza della regione ileo-cecale. Alla palpazione in questo punto, si nota una tumefazione dura a contorni quasi netti. Da tutto il decorso clinico dal primo giorno di mia osservazione a quel momento, s'impone la diagnosi di occlusione intestinale da qualche calcolo biliare non ancora espulso; diagnosi che viene confermata dal prof. Capogrossi allora docente di Patologia Medica presso l'Università di Camerino, chiamato in consulenza. Ci decidiamo subito a passare la paziente al chirurgo per l'intervento. Dopo qualche ora però, e proprio quando l'ammalata doveva essere trasportata in ospedale, in seguito ad un dolore acutissimo si sente scomparire la tumefazione fino allora esistente nella regione ileo-cecale, e si ha, subito dopo, un'abbondante emissione di gas e si notano le anse intestinali animate da movimenti peristaltici. Dopo circa due ore la paziente sente il bisogno di defecare e con sorpresa emette un grosso calcolo biliare unitamente a feci sanguinolente. Desistiamo dall'idea

dell'intervento operativo, e da allora la paziente va sempre migliorando fino a guarire completamente senza più disturbi sino ad oggi, come da notizie testè pervenutemi da Ancona, sua odierna residenza.

Il calcolo emesso è di forma irregolarmente cilindrica, a superficie liscia, di colorito giallo-bruno, di consistenza dura. L'aspetto è quello d'un calcolo di colesterina, pigmento, calce. Le dimensioni sono di cm. 1,7 secondo il maggior asse e di cm. 1,4 secondo l'asse trasverso.

Il caso or ora descritto si presta a varie deduzioni che io solamente accenno.

Anzitutto, per quale meccanismo si sia avuta la repentina migrazione dei calcoli dalla cistifellea alla via intestinale, quando erano rimasti in situ tanti anni con le note conseguenze. Probabilmente per la formazione di una fistola diretta o indiretta che potrà essere stata o una fistola colecisto-duodenale o colecisto-digiunale o colecisto-gastrica o colecisto-colica.

Quale sia stato poi il meccanismo dell'occlusione intestinale da calcolo; o il volume del calcolo con azione così puramente meccanica, od ostacoli anormali allogati nell'intestino stesso, quali stenosi preesistenti, inginocchiamenti da briglie, aderenze, diverticoli, ecc., oppure un semplice ileo-spastico stimolato dalla presenza del calcolo, come forse si potrebbe a maggior ragione propendere, dato il non eccessivo volume del calcolo e dato che precedentemente se ne erano eliminati molti in massa.

La pubblicazione del mio caso ha il puro scopo di portare un modesto contributo casistico in un campo non eccessivamente trattato, e ne sono stato invogliato a farlo, leggendo l'interessantissima pubblicazione in proposito del dott. E. Ruggieri della Regia Università di Parma, apparsa nel n. 9 del 1932 della Rassegna mensile di Biologia, Clinica e Terapia « *Athena* », e dalla quale ho tratto le indicazioni sui precedenti autori.

RIASSUNTO.

L'A. ha descritto il presente caso, capitato nella sua pratica professionale e potuto seguire e controllare scrupolosamente, allo scopo di portare una modesta moderazione alla tendenza all'intervento chirurgico nel 100 % dei casi, come molti autorevoli AA. vorrebbero sostenere, tenuto conto dell'alta percentuale d'insuccessi operativi e delle grandi sorprese che qualche volta la Natura riserva, come nel caso descritto.

CASISTICA E TERAPIA.

Sintomi nervosi consecutivi a perdite di sangue.

R. Worms (*Journ. de Chirurg.*, n. 2, 1933) fa rilevare che in generale l'emorragia da sola non causa turbe nervose; queste si osservano invece in soggetti tarati in seguito ad abbondanti perdite di sangue. Ciò prova riscontro in veterinaria, osservandosi le cecità post-emorragiche nei cavalli ammalati, malandati, mentre ne vanno esenti i cavalli ben portanti degli istituti sieroterapici.

L'A. non ha assistito ad alcun risentimento nervoso negli infortunati di strada, anche dopo rilevanti emorragie, perchè trattavasi di soggetti robusti e sani, mentre convulsioni, delirio, allucinazioni, paresi, ha riscontrato negli arteriosclerotici, cirrotici, e comunque portatori di gravi lesioni viscerali, in seguito a modeste perdite di sangue.

La reversibilità dei disturbi in seguito a trasfusione di sangue ha confermato l'idea patogenetica.

Ha poi visto, anche con esperienze, che gli incidenti insorgono con frequenza maggiore se si aggiunge l'azione di un anestetico.

Sostiene e dimostra poi come gli incidenti nervosi che seguono all'allacciatura dei grossi vasi del capo, sono prevalentemente a base funzionale e reversibili sotto l'azione di una buona trasfusione, purchè tempestiva.

R. GRASSO.

Osservazioni sull'etiologia e la sintomatologia della sclerosi disseminata.

Secondo W. J. Adic (*The British Medic. Journal*, 3 dicembre 1932) la sclerosi disseminata è, dopo la sifilide, la malattia più frequente del sistema nervoso.

Fattori etiologici. Le statistiche non confermano quello che si credeva, che cioè la malattia fosse più frequente negli agricoltori, nei lavoratori del legno, del ferro, e nelle persone che avevano continuo contatto coll'acqua.

Gli uomini sono più colpiti delle donne secondo alcuni, mentre nella statistica dell'autore le donne erano il 58 %.

La causa è completamente ignota.

Inizio e sintomi precoci: un tempo la malattia era caratterizzata da nistagmo, tremore intenzionale e parola scandita. Oggi si ammette che questi segni possano anche mancare.

L'inizio è subdolo, a meno che non si voglia ammettere come improvviso perchè un giorno ci si accorge che c'è un fatto anormale.

La malattia può cominciare con senso di debolezza agli arti, o con disturbi oculari transitori (ambliopia, diplopia, ecc.), disturbi transitori sensitivi o motori agli arti, o con vertigine o con parestesie di metà della faccia. Ci sono sempre remissioni più o meno lunghe di questi sintomi iniziali.

L'età più colpita è fra i 20 e i 30 anni; la meno colpita fra 50 e 60. L'età più bassa in cui la malattia fu osservata è di 12 anni. La durata della malattia varia da pochi mesi a 20-30 anni.

Sintomi poco frequenti sono la perdita del senso di posizione, l'inizio con convulsioni o con attacchi apoplettiformi. Rare sono le forme con disturbi vestibolari e vestibolopiramidali. Frequente invece è la vertigine, che può anche essere qualche volta il solo sintoma. Frequente è pure il vomito. Si può avere tic dolo-

roso della faccia; in uno di questi casi fu osservata una placca sclerotica sul ponte all'entrata del trigemino. Alcuni pazienti hanno la sensazione come di una scossa elettrica che passi per il collo.

Altro sintoma poco comune è il dolore al collo e alla porzione alta del dorso nel deglutire.

Sintomi oculari. Il nistagmo è certo frequentissimo e la sua presenza suggerisce subito la diagnosi di sclerosi disseminata, ma non è sintoma costante. Frequente sintoma iniziale è anche la diplopia che può precedere di parecchi anni gli altri sintomi.

Su 118 casi gli AA. videro la neurite retrobulbare in 41. Questa manifestazione può precedere tutte le altre di poche settimane o di parecchi anni. Caratteristiche della neurite retrobulbare sono: l'inizio acuto, la localizzazione unilaterale, lo scotoma centrale e la tendenza alla guarigione. La deficienza visiva è rapida, ma non improvvisa e per lo più raggiunge il massimo in qualche ora o tutt'al più in uno o due giorni. La guarigione comincia dopo una o due settimane e si completa in due mesi al massimo.

La frequenza della neurite retrobulbare oscilla dal 20 all'80 %, secondo le varie statistiche.

R. LUSENA.

Emiplegia transitoria da nicotina.

Gli effetti del tabacco e, specialmente, delle sigarette sono molteplici. Azione sui vasi (angina pectoris, claudicazione intermittente, ipertonia, tachicardia, ecc.); sull'apparato digerente (ulcera gastrica, colite, ecc.); sulle ghiandole endocrine (tiroide, organi genitali). F. Külbs (*Klin. Wochens.* e *Presse médicale*, 19 marzo 1932) vi aggiunge i sintomi cerebrali. Riporta 4 osservazioni di paresi o paralisi centrale, con disturbi della parola. In nessuno dei casi esistevano affezioni organiche del cuore o dei vasi, o sclerosi multiple, oppure sifilide.

La linfocitosi, osservata in tutti 4 i casi, il forte aumento del metabolismo (in 3 casi), come pure il miglioramento avuto in seguito alla cessazione del tabacco dimostrano che alla nicotina si dovevano i sintomi osservati. Di fatto, se si fosse trattato di arteriosclerosi, non si avrebbe avuto miglioramento.

fil.

L'esoftalmo nei tumori intracranici.

Elsberg, Hare, Dyke (*Surg., Gyn. a. Obst.*, dic. 1932) hanno riscontrato l'esoftalmo in 15 casi su 807 di tumori intracranici.

Per la maggior parte si trattava di fibroblastomi delle meningi, ma anche per altri neoplasmi si ebbe lo stesso segno, anche per metastasi craniche di tumori di altre parti del corpo e per angiomi venosi e estravenosi.

La protrusione del bulbo oculare può rimanere per molti anni il solo sintoma evidente (in molti malati v'era pure un'iperostosi cranica).

Spesso l'esoftalmo è dovuto a perforazione del tumore nell'orbita, ad ispessimento della parete orbitaria, a estensione del tumore attraverso una fessura orbitale ingrandita o aumento della pressione sulla fossa cranica media trasmessa direttamente attraverso alla fessura orbitale superiore.

Non si potè mai dimostrare che l'esoftalmo unilaterale fosse dovuto a compressione del seno cavernoso della vena oftalmica e a stasi venosa.

V. GHIRON.

Il singhiozzo in chirurgia.

C. Mayo (*Surg., Gyn. a. Obst.*, dic. 1932) ricorda come tale sintomo appaia non raramente negli operati di svariate affezioni, costituendo un inconveniente di non trascurabile entità, e talvolta una causa di sofferenze gravi per i pazienti.

Può esser dovuta a varie cause, chimiche, nervose, meccaniche, ma sopratutto infettive. L'A. si è trovato bene con l'uso di sieri (es.: siero antidifterico, ma sopratutto con la soluzione di globuline antiencefalitiche). L'uso di sedativi è utile solo nelle forme lievi, nelle altre fallisce sempre allo scopo. Nei casi ribelli si può ricorrere alla frenicoexeresi.

V. GHIRON.

Contributo alla terapia della sciatica.

Viene portato da A. Loew (*Medizinische Klinik*, 3 febb. 1933); secondo lui l'ischialgia a carattere radicolare così frequente negli sportsmans e comunque nei soggetti, la colonna vertebrale dei quali è esposta a piccoli traumi, sarebbe dovuta a processi periostitici a carico della colonna e dei fori intervertebrali; come conseguenza di essi si avrebbe la propagazione dell'infiammazione ai tessuti circostanti; questa causerebbe anche una stasi pei plessi vascolari che circondano le radici nervose ancora avviluppate dalle propaggini della dura madre.

L'A., avendo casualmente osservato un immediato miglioramento dell'ischialgia radicolare dopo una puntura lombare, ha pensato estendere il trattamento del genere ad altri casi analoghi, e ha potuto constatare dei risultati addirittura sorprendenti (sempre nelle forme radicolari). Egli scarta l'ipotesi che la puntura lombare agirebbe solo decomprimendo, inquantochè il miglioramento dovrebbe essere solo transitorio; dall'altra parte non v'è iperpressione precedente. La sottrazione del liquor agisce probabilmente migliorando le condizioni locali del circolo e stimolando i processi di riparazione nelle guaine della dura.

Comunque sia, al medico pratico viene presentata una nuova arma per combattere l'ischialgia essenziale nella sua forma radicolare.

S. MINZ.

Sul significato fisiologico e farmacologico della colina.

K. Schübel (*Münch. Med. Woch.*, n. 5, 1933) porta un nuovo contributo alle ricerche, sempre così interessanti, sulla natura e sul significato dell'acetilcolina: la grande attività di

questa sostanza e la sua presenza in tutti gli organi e i tessuti, inducono a ritenerla un componente normale dell'organismo, e un ormone parasimpatico. La sua poca resistenza di fronte agli alcalini e all'esterasi del sangue fa pensare che — nel nostro corpo — essa sia scissa, mercè particolari attività regolatrici nervose o umorali, da uno stato di combinazione labile, e posta in libertà: su questo punto regna ancora l'incertezza.

Quel che è certo, è che essa agisce paralizzando le terminazioni dei nervi motori, ed eccitando quelle del sistema parasimpatico, e che la sua azione, sinergica a quella dell'istamina e antagonista a quella dell'adrenalina, è di grande importanza per la regolazione del circolo. (V. le ricerche di Dale - *n. d. R.*).

L'acetilcolina è considerata oggi come un « veleno potenziale », capace di agire in senso dannoso quando una grande quantità se ne accumuli nei tessuti o circoli nel sangue.

D'altra parte — in certi casi — come l'ipertensione, la diminuzione dell'attività intestinale ecc. è lecito ritenere che si abbia un *deficit* di acetilcolina circolante: la sua somministrazione riesce allora assai utile. V. SERRA.

Sull'intossicazione da fosfato orto-cresilico presente in alcuni medicinali.

In una seduta dell'« Académie de Médecine » di Francia (v. *Bull.* del 31 genn. 1933) M. Tiffeneau ha segnalato la frequente falsificazione dell'apiolo (medicamento emmenagogo) con fosfato orto-cresilico, col quale viene abusivamente sostituita l'essenza di prezzemolo che dovrebbe servire alla preparazione dell'apiolo. Incidenti provocati dal fosfato orto-cresilico si verificarono già parecchi anni addietro in America, dove con esso veniva falsificata l'essenza di zenzero destinata alla preparazione di acquavite. Essi consistono nell'insorgenza di una polineurite tipica; alcuni casi di questa sono stati riscontrati dopo l'uso di apiolo in Germania, Olanda, Jugoslavia, da quando le fabbriche di medicinali si servono di essenze commerciali.

L'A. propone l'inclusione dell'apiolo nell'elenco delle sostanze velenose (coi rispettivi provvedimenti); fa notare inoltre che composti orto-cresilici sono contenuti anche nei fosfati e forse nei carbonati di creosoto, così frequentemente applicati nella terapia; l'uso dunque di queste sostanze dovrebbe pure essere sorvegliato e disciplinato. S. MINZ.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Vitamina D cristallina.

La più importante, se non l'unica sostanza, che assume azione antirachitica dopo esposizione ai raggi ultravioletti è l'ergosterolo, composto cristallizzabile che può essere ottenuto in abbondanza e in stato di grande purezza. Se ne ha così il viosterolo, che se non è identico alla vitamina D ha un'azione migliaia di volte più forte dell'olio di fegato di merluzzo, che è il prodotto naturale antirachitico più attivo.

Poichè i prodotti dell'irradiazione dello sterolo sono solo in parte rappresentati da vitamina D ci si è domandato se l'azione dell'ergosterolo sia dovuta alla vitamina (in modo da potersi parlare di un'ipervitaminosi).

Fra i numerosi ricercatori, il Windaus di Göttingen ha isolato una sostanza cristallina che ritiene sia vitamina D, perchè ha potere antirachitico che non hanno le altre quattro sostanze cristalline che si son potute isolare (e precisamente la lumisterina, la tachisterina e la suprasterina I e II).

La vitamina D cristallina di Windaus è notevolmente stabile, non è modificata dall'ossigeno. Un milligrammo equivale almeno a 40.000 unità antirachitiche internazionali.

Secondo Windaus e Lüttringhaus la vitamina D pura non è priva di tossicità. La dose di mg. 0,075 uguale a 3000 unità D internazionali, è tossica per il topo, mentre la tachisterina, che certamente non ha azione antirachitica, è molto più tossica.

Tutte queste ricerche rappresentano certo un notevole progresso nel campo delle ricerche scientifiche.

(*The Journ. of the Americ. Medic. Associat.*, 11 febbraio 1933). R. LUSENA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Cura della tabe. — All'abb. n. 9272:

Le riattivazioni delle crisi tabetiche dolorose nel corso del trattamento antiluetico si verificano di solito quando si adoperano dosi troppo elevate di preparati di mercurio, bismuto o arsenico.

È perciò conveniente attenersi alle dosi medie iniziando la cura sempre con dosi piccole.

È bene anche in ciascun periodo curativo alternare i medicamenti, facendo prima una serie di iniezioni di sali mercuriali, poi una serie di arsenobenzoli, ed infine una serie di preparati bismutici.

Tali cure ben condotte provocano di solito un arresto dello sviluppo o per lo meno un rallentamento nella evoluzione della malattia, spesso con la scomparsa dei disturbi subiettivi, in ispecie delle crisi dolorose, la cui cessazione per altro non è indice di guarigione.

DR.

VARIA.

Rimedio caucasico.

I contadini caucasici a bordo del Mar Nero usano riempire con meduse dei recipienti di legno, nei quali si compie una macerazione dei delicati animali; il prodotto viene poi esposto al sole; diluito, costituisce un apprezzato rivulsivo; è considerato sovrano contro il reumatismo.

Naturalmente, è ricco della sostanza urticante propria delle meduse e delle attinie (*Brux.-Méd.*, 20 nov. 1932).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

I MAESTRI

Per il prof. Roberto Alessandri.

Il 12 corrente, nell'aula della R. Clinica Chirurgica al Policlinico Umberto I, hanno avuto luogo le annunziate onoranze al prof. Roberto Alessandri in occasione del suo XXX anno di insegnamento chirurgico nella R. Università di Roma.

Erano presenti S. E. il sen. Gentile, il marchese Rangoni in rappresentanza di S. A. il Principe Chigi, Gran Maestro dell'Ordine di Malta, il Preside della Facoltà, prof. Busi, anche in rappresentanza del Rettore S. E. Rocco, il gen. Franchi, direttore gen. della Sanità Militare, il gen. Falso, direttore gen. della Sanità Militare Marittima, il gen. De Plato, comandante l'Ufficio Sanitario della M. V. S. N., il gen. Caccia, il maggiore Zuddas per i servizi medici dell'Areonautica, il col. Napolitano, direttore di Sanità Militare, il ten. col. Monaco, direttore dell'Ospedale Militare, l'on. Morelli, presidente del Sindacato Medico Fascista, l'on. Fioretti, presidente dell'Ordine dei Medici di Roma, il gr. uff. S. E. Spano, presidente degli OO. RR. di Roma e il gr. uff. Corelli, segretario generale, il sen R. Bastianelli, presidente dell'Istituto del Cancro, il gr. uff. Messea, Commissario dell'Istituto del Cancro, il dott. Pastore in rappresentanza del prof. Pecori, capo dell'Ufficio d'Igiene del Governatorato, il Podestà Cordelli di Civitavecchia.

Della Facoltà di Roma abbiamo notato i proff. Amantea, Baglioni, G. Bastianelli, Bilancioni, Bonanni, Busi, Dalla Vedova, Della Valle, Frugoni, sen. Marchiafava, Ottolenghi, Perez, on. Perna, sen. Pestalozza, Pontano, sen. Sanarelli, Spolverini, Sotti, Vernoni, Zeri; avevano aderito i proff. Alessandrini, Bosellini, Castellani, De Sanctis, Ovio, Ponzo, Puntoni.

Erano presenti ancora i seguenti direttori di Istituti di Clinica e Patologia Chirurgica: Grégoire (Parigi), Baggio (Cagliari), Brancati (Parma), Castiglioni (Milano), Dominici (Perugia), Donati (Milano), Fichera (Pavia), Leotta (Palermo), Marogna (Sassari), Putzu (Cagliari), Stropeni (Torino), Tusini (Genova), Uffreduzzi (Torino), il dott. Ruggeri in rappresentanza di S. E. on. Paolucci (Bologna), il dott. Gomez da Costa in rappresentanza del prof. Gentil (Lisbona). Presente anche il prof. Sabatini, direttore della Clinica Medica di Sassari.

Gli Ospedali Riuniti di Roma erano rappresentati, oltre che dal presidente, S. E. Spano, dal segretario generale gr. uff. Corelli e dai primari proff. R. Bastianelli, Carducci, Chiasserini, De Fabi, Egidi, T. Ferretti, Galli, Lugli, Margarucci, Marino-Zuco, Matronola, Micheli, A. Milani, Nazari, Urbani.

Erano presenti ancora i primari Levi-Bianchini (Nocera), Bruni (Napoli), Caravani (Macerata), Caucci (Ancona), Cermenati (Teramo), Chiarolanza (Napoli), Durante (Genova), Gucci (S. Gimignano), Marinacci (Chieti),. Niosi (Pisa), Sala (Viterbo), Scolari (Civitavecchia), Sbrozzi (Fano), Trogu (Orvieto).

Tra i numerosi medici di Roma abbiamo notato i proff. Bonanome, Gallenga, Mingazzini, Raimoldi; le adesioni dei proff. Arcangeli, Artom di S. Agnese, Gosio, Omodei-Zorini, Pagliano, capo del Servizio Sanitario delle Ferrovie dello Stato, Pediconi, dell'on. Chiurco di Siena, Gioia di Pavia, ecc.

Nell'aula sono presenti ancora numerosissimi medici di cui ci sfugge il nome chiedendo venia dell'omissione; moltissimi Ufficiali medici dell'Esercito, della Marina e della M. V. S. N., gli aiuti e gli assistenti delle Cliniche e degli Ospedali, numerosi studenti.

Hanno telegrafato aderendo S. E. il Ministro dell'Educazione Nazionale e il direttore generale gr. uff. Frascherelli, S. E. Severi, accademico d'Italia, S. E. Fedele, il sen. Cremonesi, presidente della Croce Rossa Italiana, il prof. Giglioli per l'Associazione Fascista della Scuola, i proff. Basile e Ilvento della Direzione generale di Sanità, i generali Riva e Rossini, i proff. Hartmann (Parigi), Faure (Parigi), Forgue (Montpellier), Leriche (Strasburgo), Robineau (Parigi), Chevassu (Parigi), Costantini (Algeri), Auvray (Parigi), Corachan (Barcellona), Daniel (Bucarest), Perrier (Ginevra), Woiciechovsky (Varsavia), Brauer (Amburgo), Blum (Vienna), Lichtenberg (Berlino), Eiselsberg (Vienna), Young (Glasgow), Iurasz (Poznan), Maccas (Atene). Dalle Università italiane hanno mandato la loro fervida adesione i proff. Bentivoglio (Sassari), Bolaffio (Modena), Bolognesi (Siena), Burci (Firenze), Casagrandi (Padova), Catterina (Genova), Ceccarelli (Bari), Clementi (Catania), D'Agata (Messina), De Gaetano (Napoli), Di Marzio (Bologna), Fasiani (Padova), Fedeli (Modena), Ferrarini (Pisa), Fiori (Modena), Forni (Bologna), Franco (Bari), Gaifami (Bari), sen. Gatti (Firenze), Gentili (Pisa), Lasio (Milano), Lo Cascio (Padova), Morone (Pavia), Morpurgo (Torino), on. Muscatello (Catania), Parlavecchio (Palermo), Pascale (Napoli), Pepere (Milano), Poggi (Bologna), Polimanti (Perugia), Preti (Parma), Purpura (Palermo), Razzaboni (Parma), Righetti (Bari), Taddei (Pisa), Tansini (Pavia), Tiberti (Siena), Torraca (Napoli); i primari Anzilotti (Livorno), Bastianelli P. (S. Giovanni Valdarno), Boari (Ferrara), Calabrese (Bologna), Cavina (Firenze), Ciotola (Asmara), Colucci (Tivoli), Di Paola (S. Agata), Ferretti (Civita Castellana), Gardini (Bologna), sen. Giordano (Venezia), Graziani (Zara), Iacobelli (Napoli), Lusena (Genova), Martone (Sulina), Mioni (Foligno), Natali (Chieti), Nobili (Argenta), Pototschnig (Vicenza), Ravasini (Trieste), Santoro (Cosenza), Solaro (Busto Arsizio), Solieri (Forlì), Stoppato (Firenze), Tandoia (Napoli), Vignolo (Lucca).

Avevano aderito ancora la Società Italiana di Chirurgia, la Società Italiana di Urologia, la Società tedesca di Urologia, la Società berlinese di Urologia, la Società Polacca di Chirurgia.

* * *

Parla per primo il prof. Dominici a nome degli allievi del prof. Alessandri e legge una lettera in-

viata dal prof. Francesco Durante il quale si addolora che le sue condizioni di salute non gli consentano di prender parte attiva ai festeggiamenti in onore del suo amato allievo.

Il prof. Busi, Preside della Facoltà di Roma, porge i rallegramenti più vivi, facendo auguri sentiti per l'avvenire. Ricorda l'attività didattica e quella scientifica del prof. Alessandri, le quali hanno valso a procurargli il conforto di numerose amicizie e il plauso e il consenso più unanimi. Ricorda la sua attività in guerra, la medaglia d'argento guadagnata con il coraggio dimostrato in momenti difficili, la sua salda fede fascista.

Il gen. Franchi, con vigorosa parola, si sofferma a illustrare i meriti del prof. Alessandri acquistati nella grande guerra e il contributo diuturno che dà al perfezionamento scientifico degli ufficiali medici. Il gen. De Plato ricorda la dedizione all'insegnamento e la consulenza assidua alla Milizia e si associa con fervide parole ai festeggiamenti.

Il sen. Pestalozza, decano della Facoltà di Roma, rievoca con simpatiche e affettuose parole la figura di Uomo e di Maestro, augurando ancora molti anni di attività feconda, anche a nome degli ostetrici e ginecologi italiani.

Il prof. Baggio porge il suo saluto quale allievo del prof. Durante e del prof. Alessandri e lo ringrazia per la liberalità con la quale lo ha accolto e per l'ospitalità scientifica generosa e proficua, senza restrizioni accordata. Gli è gradito di associare con reverenza di allievo e con affetto di figlio i nomi di Francesco Durante e di Roberto Alessandri in questo attaccamento alle sane tradizioni.

A proposito del « Manuale di Chirurgia » che gli allievi oggi offrono al loro Maestro, dice:

« L'opera che esce oggi sotto il nome di Alessandri e per i tipi di quell'editore, il comm. Pozzi, che è depositario delle prime conquiste chirurgiche lanciate da Roma ai più remoti angoli della penisola e delle isole sulle pagine dell'ora vecchio e pur sempre nuovo *Policlinico*, è la più eloquente testimonianza della produttiva operosità che sulle tradizioni germoglia.

« Giudicheranno gli altri del suo valore scientifico e didattico; io l'apprezzo altamente nel suo valore che vorrei dire sentimentale ed affettivo, come frutto di collaborazione di una Scuola — la Scuola Romana — nella quale le vecchie energie godono di vedersi associate le nuove; e l'addito ai giovani studiosi perchè sappiano e pensino che dalla parola del Maestro (sia quale si vuole la Scuola) essi non acquisiscono la nozione, ma il pegno da custodire, accrescere e tramandare ai venturi perchè sia arra di continuità nell'eterna conquista del Sapere.

« Maestro, a Voi il felice privilegio di proseguire serenamente nella feconda esplicazione delle molte attività che ancor Vi rimangono; a noi il duro compito di vegliare perchè la fiamma luminosamente accesa non si spenga ».

Il prof. Egidi presenta al prof. Alessandri la prima copia di un bellissimo atlante sulla resezione gastrica, che a Lui dedica quale ricordo degli anni passati come aiuto, prima nel padiglione da Lui diretto e poi nella Clinica Chirurgica e ricorda i tratti salienti della Sua figura morale, mettendo in luce la profonda onestà e sincerità di tutte le sue azioni.

Il prof. Chiasserini rievoca la figura del prof. Alessandri quale primario per un ventennio al III padiglione al Policlinico e l'indirizzo scientifico e innovatore che Egli seppe infondere nei suoi collaboratori.

Il sen. R. Bastianelli, a nome della famiglia ospedaliera di Roma, porge al festeggiato le felicitazioni più vive; ricorda il lungo periodo di appartenenza agli Ospedali e i meriti didattici e professionali del prof. Alessandri e con cuore di amico si associa alle onoranze

Il prof. Manfredo Ascoli, a nome degli aiuti e degli assistenti della Clinica, ricorda quanto gli allievi di oggi e quelli di ieri già saliti in cattedra universitaria o dirigenti reparti ospedalieri, debbono al loro Maestro di cui lumeggia la passione all'insegnamento e l'entusiasmo della ricerca. Presenta al prof. Alessandri il primo volume del Manuale di Chirurgia che gli allievi dedicano al loro Maestro in segno di affettuosa ammirazione e di infinita riconoscenza, come pure una raccolta di scritti di chirurgi italiani e stranieri pubblicati in Suo onore in un numero unico de *Il Policlinico* e una medaglia d'oro commemorativa della fausta ricorrenza.

Infine hanno portato il loro saluto gli studenti italiani e stranieri con commosse parole.

* * *

La cerimonia si chiude con le seguenti parole del prof. Alessandri:

« Io vi sono estremamente grato di esservi voluti disturbare per una circostanza, che solo l'affetto dei miei allievi ha elevato al grado di cerimonia.

« Sono trent'anni (purtroppo!) d'insegnamento, anzi vanno oggi rapidamente verso i 31, poichè io iniziai il mio corso ufficiale di Patologia chirurgica nel novembre 1902, nell'Istituto Chirurgico allora in Via Garibaldi, e nei due anni precedenti 1900-901 e 1901-902 ebbi l'incarico ufficiale dell'insegnamento dell'Ortopedia.

« Trent'anni e più di attività didattica e operatoria, spesa nel miglior modo che mi è stato possibile, allo scopo di educare e guidare le generazioni successive di studenti alla conoscenza e ai principii della chirurgia, seguendo le norme chiare e sempre aderenti al progresso scientifico e tecnico della Scuola Romana.

« E in primo luogo permettetemi di ricordare qui i miei Maestri della Facoltà di Roma, purtroppo nella maggior parte oggi scomparsi, ma di cui rappresentante ancor vivo e vegeto, nella pienezza delle sue attività mentali, e in cui io li impersono tutti, è il venerando prof. Marchiafava, e soprattutti il mio precedessore e diretto Maestro, Francesco Durante, anch'egli tuttora vivente e sano di corpo e di mente, che non potendo per lievi disturbi attuali sobbarcarsi al lungo viaggio, mi ha scritto una nobilissima e affettuosissima lettera. Egli, si può dire, dopo il breve periodo in cui Costanzo Mazzoni resse la Clinica Chirurgica della rinnovata Università di Roma italiana, è stato il restauratore e il fondatore della Chirurgia nel nostro Ateneo, Maestro di tutti noi, spirito lucido ed educato a principii severamente scientifici, capisaldi l'anatomia patologica e la fisio-patologia sperimentale, che costituiscono la base veramente solida di qualunque branca medica e più specialmente della chirurgia; e oltre a ciò, anima d'artista e mente larga latina e spiccatamente italiana, interventista fervente nella guerra nazionale, cui portò il contributo della sua alta esperienza, e fautore sin dall'inizio del rinnovamento spirituale del Fascismo.

« A lui debbo più specialmente l'educazione della mente alla rigida ricerca patologica e clinica, e debbo anche l'educazione del cuore alla bontà e alla tolleranza verso le sofferenze dei poveri malati, cui noi cerchiamo di ridare la salute e la vita coi mezzi dolorosi del ferro chirurgico.

« E oltre al suo insegnamento clinico debbo anche ricordare la Scuola di esperienza e di applicazione degli Ospedali di Roma, cui mi onoro di aver appartenuto per molti anni, e da cui ho tratto una somma di miglioramenti culturali e tecnici di cui sento tutta l'importanza, e che mi impongono di rammentare i tanti valorosi colleghi, con molti dei quali ho avuto ed ho vincoli di affettuosa amicizia, che da tempo e tuttora tengono alta in Italia e nel mondo la fama della Scuola chirurgica di Roma; ne avemmo una prova luminosa durante la grande guerra, quando la provenienza dalla Clinica e dagli Ospedali di Roma era anche pei giovanissimi chirurghi titolo di affidamento e di preferenza.

« Io non avrei voluto che i miei allievi festeggiassero questa ricorrenza, che è importante solo per me e forse per loro.

« Nel 1927, al compiere del 25° anno d'insegnamento che è la data abituale di festeggiamento, rifiutai di cedere al loro proposito; ma essi hanno saputo ora vincere la mia opposizione, preparando un Trattato di Chirurgia della Scuola. Non ho più avuto la forza di resistere: la mancanza in Italia, dopo quello del Durante, di un Trattato di Chirurgia, che potesse sostituire i vari manuali stranieri tradotti, cui gli studenti e i chirurghi sono costretti di ricorrere, era una lacuna da tutti deplorata. Ora da più parti se ne promettono di nuovi, e alcuni hanno già iniziato la pubblicazione. Ho creduto fosse compito doveroso e degno del rinnovato spirito nazionale la compilazione di un Trattato, che riassumesse le conoscenze chirurgiche odierne con speciale riguardo ai contributi italiani, e rispecchiando l'indirizzo e l'insegnamento della Scuola romana; e il proposito messo in atto dai miei allievi, antichi e attuali, già provetti e ancor giovani, mi è parso quanto di meglio io potessi desiderare, un dovere direi da mia parte, anche per l'occasione e lo stimolo fornito loro per sintetizzare cognizioni forse ancora slegate, ed io li ringrazio di aver tenuto fede a questo programma di lavoro ed accetto la dedica che essi mi fanno del loro sforzo, che fa loro onore, e che spero riuscirà utile ai nostri studenti, e mi auguro anche a quelli delle altre Università d'Italia.

« Uno speciale ringraziamento debbo, oltre che ai miei aiuti, dottori Ascoli e Valdoni, che hanno curato la redazione dei volumi, anche al benemerito Editore Luigi Pozzi, che nulla ha risparmiato perchè l'opera riuscisse perfetta dal lato tipografico e per la ricchezza e la buona esecuzione delle figure che la corredano. E ringrazio anche e di tutto cuore, i colleghi illustri, italiani e stranieri, che hanno voluto, in un numero, che mi riempirebbe d'orgoglio, se non fossi certo che devo solo alla loro cortese benevolenza questo alto onore, contribuire ad un supplemento speciale del *Policlinico* che racchiude i nomi più celebrati della chirurgia nostra e mondiale.

« Non crediate, l'ho già detto, che ciò m'insuperbisca. Per mia fortuna, ho cercato sempre di mantenere un equilibrio mentale, che mi salvasse dalle infatuazioni e dalle depressioni; e prego Iddio, che mi salvi ancora, declinando l'età, dalle possibili malacie fisiche e mentali. Sento che non ho più il vigore degli anni passati e l'attività va fatalmente scemando. Finchè potrò, continuerò nell'opera che ho sempre dedicata all'istruzione e all'educazione dei giovani, studenti e allievi, lieto se potrò vedere ancora, oltre quelli, che con piena preparazione sono già sulle cattedre o in posti preminenti di chirurghi ospedalieri, altri ancora, che sono oggi già maturi o lo saranno ben presto e pronti a continuare la tradizione gloriosa della Scuola clinica ed ospedaliera di Roma.

« Questo sarà il miglior premio di ogni mia fatica, questo è l'augurio che io rivolgo ai giovani, per il sempre maggior progresso della nostra scienza chirurgica, per la gloria sempre più alta della nostra diletta Italia! ».

* * *

La cerimonia, veramente imponente e commovente, ha dimostrato l'ammirazione e la stima che il prof. Alessandri ha saputo destare con le sue doti di didatta, di medico e di uomo, nonchè l'affetto della famiglia chirurgica italiana e straniera per chi così degnamente rappresenta la Chirurgia Italiana ed ha creato un largo stuolo di allievi, dei quali molti, da cattedre universitarie e da reparti ospedalieri, continuano la gloriosa tradizione della Scuola Romana.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Il bilancio del Ministero dell'Interno.

È stato discusso al Senato del Regno, su relazione dell'on. Bevione. Per buona parte la discussione riguardò i servizi igienici e di assistenza medica.

L'on. MARAGLIANO riconosce quanto in un decennio il Regime fascista ha fatto per la difesa della razza. Ricorda l'assistenza all'infanzia e alla maternità e le opere igieniche compiute, in particolare gli acquedotti. Tra i provvedimenti intesi ad elevare la potenza fisica della razza, importantissimi sono l'istituzione dei Balilla, le organizzazioni femminili e le misure per la diffusione degli esercizi sportivi. Si tratta di un nuovo indirizzo destinato a portare un soffio rigeneratore nella razza italiana. Ma, per ben continuare nella via del completo risanamento, il Governo ha bisogno che sia bene organizzata quella milizia sanitaria, che è costituita dai medici condotti. Essi sono ancora in attesa della promessa riforma delle pensioni. Si era annunciato l'aumento delle pensioni ma tutto è rimasto allo *statu quo*.

Occupandosi della lotta contro la tubercolosi, ricorda il contributo reso dalla Cassa delle Assicurazioni alla lotta attuando la legge sulla assicurazione obbligatoria che, dice l'oratore, è necessario estendere ai maestri ed agli impiegati.

Richiama l'attenzione del Governo sui Consorzi antitubercolari. Essi dovrebbero istruire le masse sulle cause delle malattie tubercolari e sui provvedimenti adatti per combatterle. Ogni Consorzio quindi dovrebbe avere a sua disposizione un corpo di propagandisti tecnici reclutati tra i sacerdoti, i maestri, i medici condotti. Si occupa della scelta dei direttori medici dei Consorzi.

S'intrattiene quindi sui mezzi scientifici di lotta auspicando che le riserve dottrinali non ne ritardino gli sviluppi. Rileva che il Governo ha in questi giorni diramato una circolare ai Pre-

fetti per la vaccinazione contro la tubercolosi; l'O. preconizza l'estensione obbligatoria di tale pratica, con i vaccini morti, sicuramente innocui.

È sicuro che il Duce vincerà anche questa battaglia per il bene della stirpe e della umanità.

L'on. GUACCERO rileva che il Governo Fascista attua un vasto programma impostato su solide basi biologiche e sociali. Parte importantissima di questo programma è la lotta contro la tubercolosi. Ritiene opportuno accennare alla tubercolosi osteo-articolare. I Consorzi si preoccupano specialmente delle forme polmonari. Ma anche le forme osteo-tubercolari degenerano spesso in polmonari, divenendo quindi contagiose e ai malati di tubercolosi ossea non sono sufficienti i comuni ospedali avendo essi bisogno di cure speciali e di particolari metodi per il riadattamento al lavoro durante il lungo periodo di degenza.

Conclude facendo voti perchè siano emanate disposizioni intese ad instaurare parità di trattamento nell'assistenza dei tubercolotici e perchè quelli articolari siano assistiti in luoghi di cura specializzati.

Il sen. GIORDANO premette un vivo elogio alla perspicua relazione del sen. Bevione. Il Governo Fascista, che ha disciplinato il servizio di condotta, dovrebbe eliminare alcuni inconvenienti che si rilevano in quello ospedaliero. Osserva che diverse sono le norme per l'assunzione dei medici e questa diversità genera confusione. Si occupa degli esami di concorso e rileva che i medici assunti in servizio, non possono esercitare la loro professione fuori dell'ospedale e l'amministrazione ospedaliera spesso incamera per buona parte i proventi dei primari. Si dovrebbe dare maggiore elasticità alla organizzazione ospedaliera, permettendo che i medici degli ospedali minori possano fare carriera e passare negli ospedali maggiori. Desidererebbe che i medici prestassero servizio nei grandi ospedali, dove si possono studiare le malattie che non sempre accade di poter seguire nelle cliniche private. Esamina la delicata questione dei gabinetti radiologici e radiografici e delle relative specializzazioni mediche.

L'on. MESSEDAGLIA rileva che i due disegni di legge concernenti l'Opera Nazionale per la Maternità e l'Infanzia e la assistenza ai figli illegittimi ed abbandonati, le quali si completano a vicenda, affidano alle Amministrazioni provinciali l'assistenza della prima infanzia, un'opera cioè che deve essere esplicata con uniformità di criterî e di condotta. Si avrebbe una notevole riduzione di spesa, demandando alla provincia anche l'amministrazione dei Brefotrofi. Le Amministrazioni provinciali possono essere centro anche di altri servizi ora affidati ai Comuni. A questo proposito l'O. ricorda di avere già accennato più volte alla proposta di fare passare dai Comuni alle Provincie l'assistenza sanitaria. L'abbinamento della carica di ufficiale sanitario e di medico condotto può creare inconvenienti, laddove le Province potrebbero organizzare le condotte sanitarie con criterî migliori e disporre di un personale che da più vaste possibilità di carriera sarebbe stimolato a migliorarsi. Gli ufficiali sanitari potrebbero essere istituiti per gruppi di Comuni.

Nella sua qualità di presidente di un Consorzio provinciale antitubercolare risponde al sen. Maragliano, il quale ha lamentato che non esista presso i Consorzi una ben disposta opera di propaganda: osserva che almeno nelle provincie venete da lui ben conosciute, quest'opera di propaganda viene svolta assiduamente. Risponde anche al sen. Guaccero e rileva che sempre nelle medesime provincie le forme osteo-articolari sono oggetto di cure continue ed incessanti e che Venezia può vantare un ospedale perfettamente attrezzato a questo scopo. Come già affermò in Senato due anni or sono, si dovrebbe giungere ad una semplificazione dei Consorzi antitubercolari provinciali.

L'on. MARCHIAFAVA si sofferma sul disegno di legge in stato ancora di relazione, dal titolo: « Modificazioni di aggiornamento e perfezionamento alla legge sull'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia ». La primitiva legge costitutrice di quest'opera, di cui il promotore fu l'on. Federzoni, parlava di « Protezione ed assistenza della Maternità e dell'Infanzia ». Nell'attuale disegno di legge vorrebbe che non fosse soppressa la parola « assistenza », perchè l'assistenza ha un significato di attività materiale che è conseguenza del principio morale racchiuso nella parola « protezione ». Dato il valore altissimo dell'assistenza materna esprime la propria soddisfazione per il provvedimento adottato nel supplemento della legge sulla Maternità ed Infanzia: il ricovero delle puerpere quando l'alloggio nel quale vivono non corrisponda alle condizioni igieniche che si richiedono in simili circostanze. E se è opportuno il ricovero delle puerpere in buona salute, tanto più necessario si dimostra quello delle gestanti ammalate specialmente di tubercolosi. È questa una iniziativa tutta italiana che torna a beneficio del Paese perchè i figli di madri tubercolose possano, mediante cure opportune, crescere sani e forti.

È favorevole al divieto delle bevande alcooliche negli istituti di educazione e di istruzione. Conclude affermando che la legge per la protezione della Maternità e dell'Infanzia è una delle più pure glorie del Fascismo.

L'on. PESTALOZZA loda la relazione. Ricorda come la legge sulla Maternità e Infanzia fu raccomandata al Senato dal sen. Marchiafava, onore e vanto della scienza italiana.

Rileva che le parole « protezione » e « assistenza » rispondono a due concetti che si completano l'un l'altro. L'assistenza sanitaria alla madre protegge il bambino dalle malattie che possono minacciarlo. Opportuni mutamenti sono stati introdotti nel sistema curativo delle gestanti tubercolose; ma non basta curarle; bisogna pensare anche alla sorte del nascituro.

Rileva l'importanza del ricovero delle gestanti malate e termina augurandosi che la provvida azione del Governo riesca sempre più a migliorare l'efficienza dell'Opera.

L'on. PIRONTI rileva che il disegno di legge sull'O. N. Maternità e Infanzia segna un notevole perfezionamento specie nei riguardi tecnici ed amministrativi. Circa l'assistenza ai figli illegittimi ritiene che dovrebbe essere trasferita gradualmente alle Provincie e ai Comuni.

L'on. BEVIONE, relatore, ringrazia gli oratori del contributo portato alla discussione. Circa il voto del sen. Maragliano per un miglioramento della situazione finanziaria dei medici condotti, non essendo possibile accoglierlo in questo momento,

suggerisce al Governo di studiare se non si possa risolvere il problema attraverso forme assicurative.

Al sen. Guaccero, che si è occupato dell'assistenza ai tubercolotici osseo-articolari, si potrebbe obbiettare che i tubercolotici polmonari rappresentano un pericolo molto più grave per l'incolumità dei cittadini e che ad essi, quindi, bisogna pensare per primi nell'attuale periodo di scarsezza di mezzi. Al sen. Giordano si potrebbe osservare che la sua proposta di avocare gli ospedali allo Stato potrebbe inaridire la sorgente della filantropia privata.

Fa, quindi, alcune osservazioni circa la discussione svoltasi in merito al nuovo disegno di legge per l'O. N. Maternità ed Infanzia e conclude che i nostri figli vedranno realizzazioni che supereranno le nostre più accese speranze.

Il Sottosegretario on. ARPINATI non ripeterà quanto ha detto nell'altro ramo del Parlamento. La relazione del sen. Bevione offre un quadro completo dell'amministrazione. In essa si è incorsi in un errore di stampa: si son fatti salire gli ammalati di lebbra nel nostro paese a tremila, mentre sono trecento e forse meno. Tali malati per solito sono dei rimpatriati da lontane regioni dove contrassero la malattia.

Ringrazia gli oratori per le parole di elogio rivolte al personale del Ministero dell'interno, lode ben meritata per le continue prove di abnegazione e di attività di cui esso dà prova quotidianamente.

Il sen. Maragliano, dopo aver riconosciuto le grandi benemerenze del Governo nella lotta contro la tubercolosi, vorrebbe che si intensificasse l'attività dei consorzi antitubercolari ai quali vorrebbe aggregate milizie volontarie per la propaganda e per l'accertamento dei focolai d'infezione. Ma il sen. Messedaglia ha già risposto che questa milizia esiste e funziona, ed i consorzi provinciali hanno esteso la loro opera anche nei più piccoli paesi.

Il sen. Maragliano ha chiesto l'obbligatorietà della vaccinazione antitubercolare, ma il Governo non ritiene possibile imporla ai cittadini poichè ancora, nello stesso campo della scienza sperimentale, non sono dissipati completamente i dubbî sulla sua opportunità.

Il Governo ha però favorito in tutti i modi la vaccinazione volontaria, e si può affermare che in questa lotta contro la tubercolosi grandi passi sono stati fatti.

Molti comuni non si sono ancora potuti fornire di acquedotti, ma, come ha messo in evidenza il sen. Maragliano, l'opera del Regime è stata veramente prodigiosa in questo campo.

Altrettanto non può dirsi per la costruzione di fognature, ma questa opera sarà continuata con immutato fervore in specie per la lotta contro la tifoidea. Dal 1887 al 1930 i casi di morte per tifoidea sono diminuiti dell'81 per cento. Non si è ritenuto di rendere obbligatoria la vaccinazione antitifoidea perchè questo genere di vaccinazione comporta spessa il disagio di una vera degenza. Con decreto 2 dicembre 1926 dello stesso Capo del Governo, tale obbligatorietà però è stabilita per le categorie di persone che maggiormente si trovano esposte al contagio. Di più i prefetti hanno facoltà di rendere obbligatoria questa vaccinazione quando le circostanze ne dimostrino la opportunità. Ma il Governo non crede che sia il caso di rendere più larga tale obbligatorietà.

Il sen. Guaccero ha accennato all'opportunità di istituire speciali ospedali per la cura dei malati di tubercolosi osteo-articolare. Osserva che i malati di tubercolosi osteo-articolare sono assistiti a parità di condizioni, come i malati di tubercolosi polmonare. Inoltre l'Italia è già in possesso di pregevoli istituti per tali malattie e sarà cura del Regime aumentarli. Presentemente è in corso una revisione generale di tali istituti, e si stanno facendo studî per provvedere i dispensari di mezzi atti alla diagnosi e alla cura della tubercolosi osteo-articolare.

Il sen. Giordano ha chiesto che siano unificati i regolamenti interni delle singole amministrazioni ospitaliere. È d'accordo nel ritenere che si dovrà addivenire ad una unificazione, la quale non potrà non tener conto delle diverse possibilità finanziarie delle varie amministrazioni. Crede anche che si possa procedere ad una migliore ripartizione dei compensi per le operazioni chirurgiche, ma si dovrà sempre tener presente che il patrimonio dato dalla beneficenza a favore dei poveri deve andare veramente ai poveri.

Dell'uso degli apparecchi radioterapici e radiologici sarà conveniente parlare più ampiamente quando sarà presentato l'apposito decreto di legge. Assicura fin d'ora che il disegno di legge vuole impedire che i laboratori privati si trasformino in botteghe di bassa speculazione.

Il sen. Messedaglia ha parlato della provincializzazione dei servizi sanitari. Gli darà la stessa risposta che già dette tre anni fa sullo stesso argomento. Nei provvedimenti proposti il sen. Messedaglia vede eliminati alcuni inconvenienti, che di fatto sarebbero moltiplicati. Non è d'accordo nel ritenere che il medico condotto sarebbe spinto a perfezionare la propria coltura, quando sapesse di poter ottenere una condotta migliore con la sola forza della propria volontà.

Non dobbiamo toccare l'ordinamento che disciplina l'assunzione dei medici condotti. Un medico che ottiene una condotta con un concorso bandito appositamente, vi avrà sempre maggiore autorità di chi abbia ottenuto quella condotta in seguito ad un semplice trasferimento burocratico.

Sarebbe anche inopportuno trasferire alle provincie i brefotrofi che hanno carattere di beneficenza. Ciò costituirebbe una violazione della volontà dei benefattori che li volevano autonomi.

Il sen. Pironti si è giustamente preoccupato dell'aggravio che verrebbe alle provincie ed ai comuni se tutti gli assistiti a spese dell'Opera Maternità e Infanzia dovessero gravare, sia pure per la loro quota parte, sui bilanci. Ma a ciò va data una interpretazione conforme ai desiderî di tutti: spetta ai comuni ed alle provincie soltanto l'onere relativo agli illegittimi riconosciuti dalla madre e ammessi all'assistenza dopo l'emanazione della legge relativa, con diritto, inoltre, di rivalsa per due terzi. L'aggravio, dunque, è assai limitato.

Il sen. Marchiafava ha tributato una alta ed ambita lode alla legge che modifica l'ordinamento dell'Opera Maternità e Infanzia. Egli non ha nascosto qualche trepidazione per l'omissione, nel titolo, della parola « assistenza ». Ma tale omissione è puramente casuale e non ha alcuna portata pratica.

Il sen. Pestalozza ha espresso il desiderio che i finanziamenti siano assicurati con l'intero get-

tito dell'imposta sui celibi. Tale è anche il desiderio del Governo, che non mancherà di dare sempre un contributo adeguato al bisogno.

Assicura che l'Opera Maternità e Infanzia è sotto la costante vigilanza del Duce e del Ministero da Lui presieduto. Il nuovo disegno di legge non mira che a utilizzare meglio i mezzi disponibili e a diminuire le spese, per conferire a questa istituzione una maggiore snellezza più corrispondente ai bisogni della vita moderna.

Chiude esaltando l'unità morale del popolo italiano, voluta ed attuata dal Fascismo.

L'assicurazione contro le malattie professionali.

Presso il Ministero delle Corporazioni si è riunita, il 10 apr. sotto la presidenza del Sottosegretario on. Biagi, la sezione del Consiglio nazionale delle Corporazioni per l'industria ed ha discusso il disegno di regolamento per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali.

Sono stati esaminati e, in alcuni punti, emendati alcuni articoli del provvedimento. Hanno dato luogo a più ampia discussione la questione del campo di applicazione, quella della estensione dell'assicurazione agli operai che pur non essendo addetti alle lavorazioni previsti dal R. D. 13 maggio 1929 siano esposti al pericolo di intossicazioni per effetto delle lavorazioni stesse, quella del rischio generico e specifico, ecc.

Ce ne occuperemo in un prossimo numero.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACIREALE (*Catania*). — Scad. 7 giu., ore 7; un posto pel capoluogo; età lim. 40 a. al 5 apr.; doc. a 2 mesi; serv. entro 15 gg.; tassa L. 50,10; stip. L. 7040 già decurtato del 12 %, 5 quadrienni dec., c.-v., L. 1320 trasp.

AGGIUS (*Sassari*). — Scad. 25 mag.; 1ª condotta: L. 8096 oltre L. 2200 cav., L. 880 arm. farm., lire 704 uff. san.; 2ª condotta: L. 8976 oltre L. 2200 cavalc., L. 880 arm. farm., L. 176 uff. san. Per le due condotte ritenute di legge; età lim. 35 a.; iscrizione al P. N. F.; tassa L. 50.

ALESSANDRIA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare*. — Scad. 15 giu., ore 17; direttore del Consorzio e del Dispensario Prov. Antitub. di Alessandria; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 27 mar.; L. 24.000 oltre L. 3000 serv. att.; deduz. 12 %; indennità trasferta e diarie. Titoli ed esami. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria (Palazzo del Governo).

ALESSANDRIA (*Egitto*). *Consiglio Quarantenario*. — È aperto il concorso a due posti di medici nel Servizio quarantenario. I candidati devono essere regolarmente diplomati da una Facoltà medica europea o dallo Stato; età 25-40 anni; retribuzione L. E. 40 il mese, aumentabili a 48; per eventuale servizio notturno L. E. 10 mensili; divieto di esercizio libero. Titoli. Anno di prova, dopo il quale i titolari dovranno essere in grado di espletare le formalità del servizio in tre lingue: francese, inglese e arabo. Rivolgersi al Presidente del Consiglio Quarantenario, Alessandria, Egitto. Scad. 1° giugno.

BAGNOLO PIEMONTE (*Cuneo*). — Scad. 25 gen.; condotta sud; L. 8000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 4000 trasp.; riduz 12 %; richiedesi servizio in altri comuni o assistentato d'ospedale; tassa L. 50.

BARI. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 30 giu., ore 12; titoli ed esami; coadiutore della Sez. Med.-Micrograf. del Laborat. prov. d'igiene e profilassi; L. 16.000 e 2 quadrienni di L. 1000, oltre L. 4000 serv. att.; riduz. 12 %; emolumento proventi analisi; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 1° apr.

BENEVENTO. *Amministrazione Provinciale*. — Il Commissario Straordinario in data 10 corrente aprile, informa che il concorso pubblico, bandito con avviso 22 marzo 1933, per un posto di Assistente presso la Sezione Chimica e per un posto di Assistente presso la Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi di Benevento è revocato.

CASTELNUOVO DON BOSCO (*Alessandria*). — Per titoli. Posto di medico condotto comunale. Scadenza ore diciassette del giorno 30 giugno 1933. Per informazioni rivolgersi all'Ufficio Comunale.

CHIETI. *Amministrazione Provinciale*. — A tutto il 31 maggio 1933 sono aperti i concorsi, per titoli ed esami, ai posti di coadiutore e assistente della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi di Chieti, con lo stipendio iniziale rispettivamente di L. 12.000 e L. 11.000; l'indennità di servizio attivo, rispettivamente di L. 2000 e L. 1500 e l'indennità caroviveri, soggetti alla riduzione del 12 % ed alle ritenute d'obbligo; oltre il 10 % dei proventi per ricerche ed analisi, previa riduzione del 12 %. I concorrenti, di età non superiore ai 35 anni alla data del presente avviso (7 aprile 1933), salvo il disposto dell'art. 42 del R. D. 30 sett. 1922, n. 1290, dovranno presentare domanda, corredata dei documenti di cui all'art. 8 del R. D. 16 gennaio 1927, n. 155, nonchè tutti gli altri titoli scientifici e di carriera che si ritenesse di produrre. Le prove di esame si svolgeranno secondo il programma e le norme stabilite dal Ministero dell'Interno, in luogo e giorni che saranno comunicati agli interessati. I concorrenti saranno giudicati dalla Commissione di cui all'art. 5 del citato R. D. 16 gennaio 1927 ed in conformità dell'art. 12 dello stesso decreto. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale di Chieti.

CONSELVE (*Padova*). — Scad. 29 apr.; 1° reparto; L. 9000 oltre c.-v., L. 3000 trasp., L. 600 ambulat. ecc.; depurazione 12 %.

CORCHIANO (*Viterbo*). — Scad. 60 giorni dal 31 mar.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v., L. 400 se uff. san.; età lim. 25-40 a.; tassa lire 50,10; doc. a 3 mesi dal 31 mar.

CORREGGIO (*Reggio Em.*). — Scad. 24 giu.; 3° reparto; L. 8000 oltre L. 3000 trasp., L. 500 ambulat., c.-v., riduz. 12 %, 5 quadrienni dec., addizion. L. 5 oltre i 1200 pov.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

FORLÌ. — Concorso per titoli ed esami al posto di Medico-Direttore del Consorzio e del Dispensario Provinciale Antitubercolare di Forlì. Scadenza ore diciasette del 31 maggio 1933-XI. Stipendio annuo L. 20.000 aumentabile di un decimo per cinque quinquenni. Supplemento di servizio attivo L. 4000. Riduzione del 12 % e ritenute come per legge. Età massima anni 45, s. e. l. Domanda, documenti di rito, diploma e prove di esami, come al bando di concorso, da richiedersi alla Segreteria del Consorzio. Tassa di concorso di lire 50,10.

È inibita la professione libera, salvo la privata consulenza nella specialità. A parità di merito,

preferenze e precedenze come per legge, agli aventi diritto. Durata della nomina: un quinquennio con tacito rinnovo come al regolamento e capitolato, estensibili nella Segreteria del Consorzio.

FOSSOMBRONE (*Pesaro*). — Condotta per la frazione di Isola di Fano, con obbligo di residenza nella frazione stessa che dista 9 Km. dal capoluogo. Stipendio L. 8000 oltre l'indennità di cavalcatura in L. 3000 annue e l'indennità caro-viveri secondo misura e tempo come ad altri dipendenti comunali. Tutti i predetti assegni sono soggetti alle ritenute di legge e alla riduzione del 12 %. Domanda e documenti, il cui elenco e modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria del Comune di Fossombrone, debbono pervenire alla Segreteria predetta entro il 31 maggio 1933.

GALLARATE. *Ospedale Civico S. Antonio Abate* (*Circolo Ospedaliero*). — Scad. 15 mag., ore 16; tassa L. 50; età lim. 40 a. al 7 mar.; doc. a 3 mesi; stip. L. 11.000 e compartecipaz.; è vietato il cumulo degli impieghi.

LAMPORO (*Vercelli*). — Per titoli; posto di medico condotto comunale. Stipendio L. 8000. Indennità mezzi di trasporto L. 750 per bicicletta, L. 1800 per motocicletta. Caro viveri ai coniugati. Retribuzioni soggette a riduzione del 12 %. Presentazione dei documenti entro ore diciotto del 9 maggio 1933. Per informazioni rivolgersi all'Ufficio comunale.

MAMOIADA (*Nuoro*). — Concorso alla condotta medica di questo Comune, con lo stipendio di L. 8500 oltre L. 1000 per Ufficiale Sanitario, con le riduzioni di legge. Domanda e documenti di rito dovranno pervenire alla Segreteria del Comune di Mamoiada non oltre le ore 19 del 15 giugno 1933.

MORGONGIORI (*Cagliari*). — Scad. 10 mag.; L. 9000 oltre L. 500 uff. san., c.-v.

PIACENZA. *Ospedale Civile.* — Scad. 15 mag.; primario del reparto di medicina; L. 7000 soggette a riduz. 12 %; compartecipaz.; età lim. 45 a.; libera doc. in clinica o in patol. medica e sei anni di 1° assistente o aiuto effettivo in grandi Ospedali o R. Cliniche universitarie; tassa L. 50.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni* (*Ferrovie dello Stato*). — Concorso per titoli ai seguenti posti di Medico di riparto: Alassio, Vado Ligure (Genova); Lecco I, Seregno (Milano); Serravezza (Pisa); Isernia II, Velletri I (Roma); Montalto Rose (Taranto); Sobborgo Cristo, Sommariva del Bosco (Torino). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 1° maggio.

SALERNO. — Per titoli ed esami. Posto di direttore del Consorzio e del Dispensario Provinciale Antitubercolare. Diploma professionale di medico chirurgo conseguito da almeno due anni. Stipendio da L. 18.000 a L. 22.000. Supplemento di servizio attivo L. 4000, lordi del 12 % e di ogni altra ritenuta. Età massima anni 45, salvo eccezioni di legge. Scadenza 3 luglio 1933.

S. GIOVANNI LUPATOTO (*Verona*). — Zona industriale a circa 8 chilometri da Verona. A tutto il 31 maggio 1933 resta aperto il concorso al posto medico del secondo riparto. Per informazioni ed avviso rivolgersi alla Segreteria del Comune inviando francobollo per risposta. Tassa di concorso L. 50,20.

VEDELAGO (*Treviso*). — Stipendio L. 8000. Indennità mezzo trasporto e caro-viveri. Documenti di rito. Scadenza 15 maggio. Per chiarimenti rivolgersi Segreteria Municipale.

VICENZA. *Ospedale Civile.* — Al 31 mag., ore 18; medico primario in dermosifilopatica; L. 4500 annue non suscettibili di aumento; partecipaz.; età lim. 45 a. al 31 mag.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 21 marzo. Chied. avviso.

VIGEVANO (*Pavia*). *Ospedale ed Istituti annessi.* — È aperto presso l'Ospedale di Vigevano il concorso, per titoli ed esami, al posto di *Medico primario della Sezione di Medicina.*

Le istanze di ammissione al concorso, stese su carta da bollo da L. 3, firmate dal concorrente e portanti l'indicazione della paternità e domicilio, dovranno pervenire all'Amministrazione dell'Ospedale - Ufficio Segreteria - *entro sessanta giorni dalla data* (31 marzo 1933) *del presente avviso*, corredate dai seguenti documenti, pur essi redatti su competente carta da bollo e debitamente legalizzati: 1°) Vaglia Postale di L. 50,10 intestata al Tesoriere dell'Ospedale « Cassa di Risparmio di Vigevano », quale tassa di ammissione al concorso; 2°) Certificato di nascita, dal quale risulti che l'aspirante non ha oltrepassato, alla data del 31 marzo 1933, gli anni 40, salvo le eccezioni di legge. Nessun limite di età è prescritto per il concorrente in servizio presso Pubbliche Amministrazioni civili o militari dello Stato, delle Provincie, dei Comuni e delle Opere Pie; 3°) Certificato di buona condotta morale, civile e politica, rilasciato dal Podestà di ciascuno dei Comuni di residenza nell'ultimo triennio; 4°) Certificato penale generale del Casellario Giudiziario; 5°) Certificato di sana e robusta costituzione fisica e di esenzione da difetti fisici atti a menomare od impedire l'esercizio della professione; 6°) Certificato di cittadinanza italiana; 7°) Stato di famiglia; 8°) Stato di servizio militare o dichiarazione di esito di leva; 9°) Certificato di iscrizione ad un Ordine Provinciale di Medici del Regno; 10°) Certificato di iscrizione al Sindacato Fascista Sanitari; 11°) Diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito, da almeno 5 anni, presso una Università del Regno, in originale od in copia autentica notarile; 12°) Certificato rilasciato dalla Segreteria dell'Università, nel quale siano riportati i voti conseguiti nelle singole materie. Saranno titoli di preferenza: I°) Diploma di libera docenza in Clinica medica generale oppure in Patologia speciale medica dimostrativa; II°) Certificato comprovante di aver prestato servizio pratico di medicina in una delle seguenti forme, da considerarsi in ordine di graduatoria: *a*) servizio effettivo prestato per almeno tre anni come Medico Primario in un Ospedale con non meno di 100 letti (esclusi i cronici), dove il posto sia stato conseguito in seguito a regolare concorso; *b*) servizio effettivo prestato per almeno 5 anni quale Aiuto o Assistente (non volontario, non straordinario, non onorario) di Clinica Medica in una Università; *c*) servizio effettivo prestato per almeno 5 anni quale Aiuto medico o Assistente medico (non volontario, non straordinario, non onorario) in un grande Ospedale. Al posto è annesso il seguente trattamento economico: *Stipendio iniziale*: L. 8000 annue, aumentabili di un ventesimo ogni biennio e per 10 bienni; *Indennità di servizio attivo*: L. 2000 annue; *Indennità di caroviveri, se dovuta;* il tutto sotto deduzione del 12 % e delle ritenute di legge. Le domande

sfornite anche di uno solo dei documenti sopra descritti si considereranno come non presentate. I concorrenti potranno inoltre allegare alla domanda tutti quegli altri titoli accademici, scientifici e di carriera di cui fossero in possesso e che ritenessero utile, nel proprio interesse, di produrre, tenuto presente che le pubblicazioni dovranno essere presentate in tre esemplari ciascuna, a stampa. I certificati di cui ai numeri 3-4-5-6-7 dovranno essere di data non anteriore di tre mesi a quella del presente avviso (31 marzo 1933). Saranno osservate le precedenze stabilite dalle vigenti leggi a favore dei minorati di guerra, dei decorati ed ex combattenti. La partecipazione al concorso implica, da parte del concorrente, la implicita accettazione di tutte le condizioni alle quali la nomina deve intendersi soggetta, e precisamente, oltre alle disposizioni contenute nel presente bando, anche delle norme previste dal vigente Regolamento Sanitario e di quelle altre norme che dovessero in seguito legalmente adottarsi in aggiunta od a modifica del Regolamento stesso. L'Amministrazione si riserva la facoltà di prolungare il termine di durata del concorso e, a suo giudizio insindacabile, anche di ripeterlo, qualora non si fossero presentati aspiranti abbastanza qualificati per il posto. L'eletto si intenderà decaduto da ogni diritto, in rapporto all'impiego conferitogli, se non parteciperà all'Amministrazione la sua accettazione entro 10 giorni dalla notifica dell'avvenuta nomina e se non assumerà il servizio nel termine di giorni 30 dalla notifica stessa. L'eletto dovrà fissare e tenere la residenza in Vigevano, e, mentre avrà diritto di esercitare liberamente la propria professione, non potrà impiantare o dirigere cliniche private, nè assumere qualsiasi altro ufficio incompatibile con quello di Sanitario Ospitaliero ed in contrasto cogli interessi dell'Opera Pia. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria del Luogo Pio in Vigevano.

AVVERTENZA. — I concorsi a posti vacanti vengono da noi annunziati, di regola, due volte. Per avere una conoscenza completa di quelli prossimi a scadere, occorre consultare i fascicoli precedenti.

Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Premio Riberi.

La Reale Accademia di Medicina di Torino apre il concorso al XV premio Riberi di L. 20.000 (meno la tassa di manomorta). Possono concorrere i lavori scientifici di argomento appartenente alle discipline mediche in genere pervenuti all'Accademia entro il 31 dic. 1934 e tali che segnino un importante progresso nel ramo dello scibile cui cese, inglese o tedesca; se i lavori sono stampati, scritti a macchina, in lingua italiana, latina, francese, inglese e tedesca; se i lavori sono stampati, questi devono essere editi dopo il 1927. Chiedere condizioni. Rivolgersi al segretario generale, prof. L. Bobbio.

Reale Società Italiana d'Igiene.

La Reale Società Italiana d'Igiene, nell'intento di favorire lo studio della educazione fisica nei rapporti con l'igiene e particolarmente la soluzione dei problemi, tuttora molto discussi, riguardanti la educazione fisica della donna, bandisce fra i medici italiani un concorso sui due seguenti temi: 1) « L'educazione fisica giovanile nei rapporti con l'igiene »; 2) « Quali criterî e quali limiti debbono adottarsi per l'educazione fisica della donna ».

Tenendo presente che, per il mirabile impulso dato dal Governo Nazionale con multiple realizzazioni, l'Italia è ora al primo posto per quanto riguarda l'educazione fisica, e che è bene favorire lo sviluppo ulteriore anche degli studi medici in questo campo, il prof. P. Piccinini ha offerto per questo concorso L. 4.000 da dividere in premi eguali, intitolati rispettivamente Piccinini-Borromeo e Piccinini-Zoja, che verranno assegnati da una Commissione nominata dalla Presidenza della Reale Società Italiana d'Igiene.

I lavori dovranno essere redatti in forma accessibile a qualsiasi persona, anche se non particolarmente versata nelle discipline mediche e biologiche, non dovranno superare le 20 facciate a stampa del giornale della Società (corrispondenti a circa 20 facciate dattilografate formato protocollo) e dovranno pervenire non oltre il 31 ottobre 1933 alla sede della Società in via Ospedale n. 3, alla quale potranno chiedersi gli eventuali schiarimenti.

Il Comitato Organizzatore del 6° *Congresso internazionale sugli infortuni e le malattie del lavoro*, indetto a Bruxelles per il 1935, ha aperto un concorso fra medici di tutti i Paesi, sul tema: « Valore dello stato anteriore sull'apprezzamento delle conseguenze di un infortunio sul lavoro ». Il premio, di fr. 1000 svizzeri, verrà assegnato in occasione del Congresso. I lavori dovranno pervenire non oltre il 31 dicembre 1934 al segretario generale, Dr. Yersin, rue de la Monnaie, Genève, Svizzera.

L'*Associazione Medica Italiana di Idrologia, Climatologia e Terapia Fisica* bandisce un concorso per tesi di laurea discusse nelle sedute di esami di laurea nel 1933, illustranti con ricerche sperimentali qualche punto saliente dell'idrologia, climatologia, talassoterapia e terapia fisica. Verranno assegnati due premi di L. 1000 ciascuno. Le tesi, in duplice copia dattilografata, dovranno pervenire, entro il 30 novembre 1933, al segretario dell'Associazione, prof. Celestino Gozzi, via Pascoli 37, Milano.

CONFERIMENTI DI PREMI.

Il premio « Cameron » dell'Università di Edimburgo è stato assegnato ai coniugi Dick, per i loro studi sull'eziologia e la cura della scarlattina.

Il premio viene conferito annualmente a chi, nel corso dell'ultimo quinquennio, abbia fatto realizzare i maggiori progressi nel campo terapeutico; consiste in una somma di 200 sterline (13.000 lire al cambio attuale)

Dei due assegnatari, il dott. George F. Dick è professore di medicina (clinica medica) e direttore del dipartimento (istituto) omonimo nell'Università di Chicago; la sig.ra Gladys H. Dick appartiene all'Istituto John McCornick per le malattie infettive, della stessa città.

NOTIZIE DIVERSE.

22° Congresso italiano delle Scienze.

La XXII Riunione della Società Italiana per il Progresso delle Scienze sarà tenuta a Bari, nella prima metà del prossimo ottobre.

Il Comitato ordinatore è presieduto da S. E. Di Crollalanza, Ministro dei Lavori Pubblici.

La Giunta esecutiva è presieduta dal prof. Mariani Giuseppe, rettore della R. Università « Benito Mussolini »; ne è segretario il prof. Baldoni Alessandro, direttore dell'Istituto di Farmacologia della stessa Università.

I lavori della Riunione di Bari si svolgeranno, come di regola, in una settimana, di cui un giorno sarà dedicato alle escursioni. Dopo la chiusura del Convegno, ancora uno o due giorni potranno dedicarsi ad altre escursioni.

I rapporti saranno trentaquattro in tutto, di cui uno costituirà il discorso inaugurale della XXII Riunione; quindici saranno i rapporti generali e diciotto i rapporti di classe.

Per tutte le informazioni che riguardano la Riunione di Bari e per le iscrizioni al Convegno, i soci dovranno rivolgersi esclusivamente alla Segreteria Generale del Comitato ordinatore della XXII Riunione, Istituto di Farmacologia della R. Università « Benito Mussolini », Bari.

Sotto la presidenza di S. E. il Ministro Di Crollalanza e con l'intervento di S. E. il Prefetto Perez, si è adunato, nella sede municipale di Bari, il Comitato ordinatore della Riunione. Esso ha deferito ad una Giunta esecutiva, presieduta dal Rettore Magnifico prof. Mariani, l'elaborazione dello schema del programma del Congresso.

21° Congresso della Società italiana di ostetricia e ginecologia.

È indetto a Bari per i giorni 28 e 30 settembre. Si ricorda che i temi di relazione prestabiliti sono i seguenti: 1° « Celiotomie vaginali »; 2° « L'ormone ovarico », affidati rispettivamente ai soci: prof. Bertino (Padova) e prof. Acconci (Pavia).

Rivolgersi al segretario della Società, prof. Cesare Micheli, via XX Settembre 68, Roma (27).

2° Congresso nazionale di medicina dello sport.

Si terrà a Bologna dal 20 al 22 maggio, sotto la presidenza dell'on. Arpinati, sottosegretario agli Interni e presidente del C.O.N.I.

Il Congresso è indetto dalla Federazione Italiana Medici degli Sportivi.

Saranno trattati i seguenti temi: « Funzione renale nello sport », relatore il prof. Aiello di Milano; « L'alimentazione nello sport », relatore il prof. Del Guerra di Pisa; « L'allenamento sportivo », relatore il dott. Poggi-Longostravi di Milano.

7° Congresso francese di oto-neuro-oftalmologia.

A Limoges dal 2 al 4 giugno si svolgerà il VII Congresso delle Società Francesi di Oto-neuro-oftalmologia, sotto la presidenza del prof. Duverger.

Il tema generale « le fami cefaliche » sarà trattato dai proff. Rebattu, Dechaume e Bonnet (di Lione).

I membri della Società Italiana Oto-neuro-oftalmologica sono stati invitati cortesemente a partecipare al Congresso. Chi desiderasse aderire all'invito potrà rivolgersi per schiarimenti e per ottenere le riduzioni ferroviarie sulle linee francesi al Dr. Aug. Tournay, 81 rue Saint-Lazare, Paris (9e).

1° Congresso tedesco dei medici cattolici.

È convocato a Colonia, per il 13 e 14 maggio, il primo congresso dei medici e naturalisti cattolici tedeschi. Si occuperà delle conseguenze della crisi dello spirito umano nella medicina e nelle scienze naturali. Saranno trattati i temi seguenti: « La svolta nel pensiero medico e naturalista dell'ora presente »; « Anima e corpo »; « Valore della filosofia per le scienze naturali e per la medicina »; « L'etica del medico cristiano »; « La penetrazione del pensiero bolscevico nel mondo intellettuale dei medici ». Il congresso si chiuderà con una festa in onore di S. Alberto Magno, il più geniale naturalista del medio evo.

Congresso interregionale di radiologi a Genova.

Per iniziativa della Società italiana di Radiologia medica si è tenuto a Genova, il 10 aprile, il raduno lombardo-ligure-piemontese di radiologia.

Il convegno, organizzato dal prof. Alessandro Vallebona, ha iniziato i suoi lavori, sotto la presidenza del prof. Vittorio Maragliano, nelle sale del Padiglione di terapia fisica « Salvatore Sommariva », nella città ospedaliera di San Martino; erano presenti eminenti studiosi di radiologia della Lombardia, del Piemonte e della Liguria, nonchè numerosi rappresentanti di altri centri universitari. La seduta si è aperta con una allocuzione del prof. Tusini e con un saluto rivolto ai congressisti dal prof. Mosso, presidente degli Ospedali Civili. Si è iniziata quindi la discussione sulle « proiezioni integrali », cioè sugli schermi e i mezzi più idonei per proteggere efficacemente i radiologi dalle emanazioni del radio. A questa discussione hanno partecipato, fra altri, gli ingegneri Pugno-Vanoni e Bassi di Milano e l'ing. Franke di Amburgo.

Nel pomeriggio, dopo una minuziosa visita a tutti i padiglioni della città ospedaliera di San Martino, i congressisti si sono riuniti per udire una trentina di comunicazioni.

Propaganda antitubercolare in Italia.

La Confederazione Generale Fascista dell'Industria a seguito di premure svolte dall'On.le Ministero delle Corporazioni, comunica che la Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi, allo scopo di intensificare l'opera di propaganda nella gran massa del pubblico italiano, ha posto in vendita al prezzo di L. 5 dei cartelli contro lo sputo e la bestemmia. Questi cartelli sono stati predisposti ai sensi dell'art. 161 del Regolamento Generale Sanitario, il quale prescrive che in tutti i locali frequentati dal pubblico deve essere scritto in modo evidente il divieto di sputare per terra. I proventi della vendita saranno destinati alla lotta contro la tubercolosi.

La sistemazione del Policlinico di Perugia.

Nel Ministero dei lavori pubblici, alla presenza del Ministro, è stata firmata la Convenzione che istituisce il Consorzio per la sistemazione e il com-

pletamento del Policlinico « Monteluce » di Perugia. La spesa complessiva è prevista in lire 8.000.000 ripartita tra lo Stato ed i vari Enti interessati.

Alla firma sono intervenuti il prefetto della provincia gr. uff Carpani, il segretario federale comm. Bonucci, il comm. Buitoni pel comune di Perugia, il prof. Dominici per l'Università e i rappresentanti dei Ministeri dei LL. PP., delle Finanze e dell'Interno, della Congregazione di Carità e della Cassa di Risparmio.

All'Università di Presburgo.

Presso l'Università di Presburgo o Bratislava, in Czecoslovacchia, sono state ultimate la Clinica pediatrica e la Clinica delle malattie infettive, il cui importo si è elevato a 10 milioni di corone.

Al nuovo Ospedale Maggiore di Milano.

Com'è noto, il Consiglio degli Istituti Ospitalieri di Milano ha preparato un piano finanziario per l'erigendo Ospedale al quale hanno concorso con notevole finanziamento il Comune, la Provincia e la Cassa di Risparmio delle Province Lombarde. Il costo della grandiosa opera è previsto in 60.000.000 di lire circa. Naturalmente, per giungere alla completa realizzazione di tutta l'opera, gli Istituti ospitalieri fanno assegnamento, come per il passato, anche sulla munificenza dei cittadini.

L'Ospedale sorgerà fra Affori e Niguarda. I lavori hanno già avuto inizio per i gruppi dei padiglioni di sinistra e di destra.

Il Consiglio ha deliberato di dedicare ed intitolare alla compianta benefattrice signora Emilia Gatti Castoldi l'edificio medico-chirurgico di destra del costruendo Ospedale, così come ha intitolato l'edificio di sinistra al nome dei fratelli Crespi, come a suo tempo ampiamente fu detto.

L'edificio Gatti Castoldi sarà costituito da sei piani, compreso quello rialzato, di cui l'ultimo per le cure elioterapiche (salvo la parte intermedia, trasversale, di collegamento, in tre piani). Conterrà una divisione di chirurgia generale ed una divisione ortopedica (240 letti), due divisioni mediche (240 letti) ed un reparto di ammalati solventi in proprio; avrà la lunghezza di 150 metri nella parte adibita alle forme chirurgiche, di 126 metri in quella adibita alle forme mediche e di 50 metri nel braccio trasversale di collegamento.

I progettisti dell'edificio, curando la parte architettonica, si sono ispirati al concetto tradizionale della monumentalità dei nostri nosocomi, senza eccedere nell'altezza per non arrecare danno ai varî servizi. La facciata sarà in pietra viva del Carso, con appropriate intonacature.

Con la realizzazione degli edifici di sinistra e di destra potranno essere sistemati 1000 letti. Oltre a questi grandiosi padiglioni verranno successivamente costruiti altri caseggiati, nei quali troveranno posto 500 nuovi letti. Si sgombreranno così 1500 letti dall'antica « Ca' granda », la quale sarà occupata e amministrata in parte dal Comune di Milano e servirà pure di sede al Rettorato della R. Università.

Nuovi sanatori in Francia.

È in costruzione avanzata, nella foresta di Artois, un « sana », dovuto al Dipartimento delle « Bouches-du-Rhône »; comprenderà un reparto maschile di 200 posti, uno femminile di 120 posti ed un piccolo reparto a pagamento; esso sarà uno dei più perfetti sanatori. Comprende, oltre alla sala operatoria, un gabinetto di oto-rino-laringologia ed uno di odontoiatria. Dispone di un parco immenso, esteso 75 ettari.

Il 2 luglio verrà inaugurato, dal presidente della Repubblica francese, Albert Lebrun, il sanatorio-ospedale di Tilleroyes, che dispone di 154 letti ed è costato 5 milioni di franchi; sorge su di una collina prossima a Besançon. Lo stesso giorno, nello stesso Dipartimento, il Lebrun deporrà la prima pietra del sanatorio del « Genevrier », che sorgerà a Villier-le-Lac, a 950 metri d'altitudine, e sarà capace di 150 malati (metà uomini e metà donne); è preventivata per esso la spesa di 6 milioni di franchi.

Il Consiglio municipale di Bordeaux si è aggiudicato, per 1.210.000 franchi, un sanatorio di grande lusso, costruito da una società privata, la quale è andata in fallimento. Il sanatorio è capace di 200 letti. Sorge a Hans-Levêque, non molto lontano dal sanatorio « Xavier Arnozan ». Da tempo era in progetto l'ingrandimento di quest'ultimo sanatorio, per altri 200 letti; ma non si era potuta raccogliere la somma preventivata, di circa 8 milioni e mezzo di franchi; ora il problema è stato risolto indirettamente.

Per un riordinamento degli studi medici in Germania.

Com'è noto, in Germania il corso degli studi medici è diviso in semestri, tra i quali sono intercalate le vacanze estive e le vacanze invernali.

Durante le ultime vacanze estive il grandioso ospedale Virchow di Berlino ha organizzato dei corsi pratici per studenti, i quali venivano addetti ai vari servizi e prendevano parte alle discussioni dei casi clinici. Il successo dell'iniziativa è stato così completo, che si è pensato di generalizzare il sistema, organizzando dei corsi estivi per studenti in tutti gli ospedali, a cura dei primari. Il progetto è ora in via di elaborazione.

Penuria di medici nell'Esercito e nella Marina dell'Inghilterra.

Al Congresso dell'Associazione Medica Britannica venne posta in rilievo la penuria di medici di carriera nell'Esercito e nella Marina da guerra, evidentemente perchè si offrono loro condizioni decisamente inferiori a quelle che sogliono conseguirsi nella pratica privata, anche modesta.

Così l'ammiraglio medico Thomas rese noto che, mentre i quadri della Marina comportano 402 ufficiali medici di carriera, effettivamente ve ne sono soltanto 325 e restano scoperti 77 posti. Ciò si deve alla retribuzione scarsa, alla lentezza della carriera ed al pensionamento il quale avviene a 50 anni, con una retribuzione del tutto insufficiente, mentre si è ancora nella pienezza della capacità lavorativa, ma non più in grado di formarsi una nuova posizione: l'andata in pensione si risolve in un disastro.

Il maggiore generale Hannay prospettò una situazione simile per i medici dell'Esercito; fece anche presente che molti ufficiali medici compiono opera altamente specializzata, non valutata come tale.

Il Congresso votò un ordine del giorno per richiamare l'attenzione delle autorità competenti sulla necessità di provvedere.

Contro i gruppi politici dei medici in Germania.

Nella grande associazione medica sindacale della Germania detta « Deutscher Aerztenvereinbund », cui è collegata la Lega Hartmann, che si occupa di problemi strettamente economici, si è sempre impedita qualsiasi azione o direttiva politica, allo scopo di tenere compatti i medici della Germania nell'affrontare e risolvere i problemi professionali.

Un gruppo di medici socialisti, però, aveva creato di recente un'organizzazione speciale, in seno alla lega; l'esempio fu seguito da un gruppo di nazional-socialisti; ultimamente andava costituendosi anche un gruppo di cattolici. A una recente seduta il direttorio della D. A. V. si dichiarò allarmato di tale situazione ed ammonì che si andava verso il disgregamento o la paralisi; molti oratori appoggiarono tale tesi, lumeggiando il principio che còmpito ideale del medico è di prestare aiuto a chi soffre, non di prevalersi della sua influenza per fare della politica. Risultato: si è costituita una « Lega contro la formazione di gruppi politici nella professione medica »...: non per nulla la Germania è chiamata il paese delle Leghe...

Frodi e irregolarità nel campo assicurativo agli Stati Uniti.

Innanzi al Consiglio medico di New York, funzionante da Tribunale collegiale, si è svolta un'azione disciplinare intentata da una Società mutua contro il dott. William H. Walker e contro altri 4 medici, i quali avevano percepito dalla Società, nel corso di 4 anni, la somma di 216.000 dollari, pari a 4 milioni di lire it., giudicata eccessiva; essi inoltre erano indiziati di frodi nel campo degli infortuni. È risultato che il dott. Walker, il quale non appartiene alla Cassa, designava i 4 medici per le visite ad assicurati. Esse si moltiplicavano in misura iperbolica; così per una ferita semplice ad un gomito, vennero eseguite 62 visite; e per una ferita ad un dito, 64 visite. Ogni visita era compensata con 2 dollari se a domicilio del medico e con 3-5 dollari se a domicilio del paziente. Il dott. Walker riceveva una percentuale sulle somme corrisposte dalla Cassa, sino al 30 %.

I fatti non sono stati contestati dai cinque medici, i quali hanno però dimostrato di essere in piena regola; il dott. Walker ha sostenuto che le somme da lui percette non lo erano a titolo di provvigione, ma quale compenso di lavori eseguiti per i colleghi.

Il Consiglio ha trovato che, legalmente, non v'era luogo a procedere.

Biblioteca di pellicole radiografiche.

Viene publicata dalla Casa Masson, sotto la direzione di H. Béclère e P. Porcher. Ogni pellicola comprende 10 immagini seriali, di formato adatto per cinematografi; può essere proiettata con qualunque ingrandimento od anche esaminata con la lente. Si presta benissimo a scopi didattici. La biblioteca completa risulterà di 44 serie; sono pubblicate fin'ora 21 serie. Ogni serie comprende 3 pellicole di 10 immagini. La piccolezza del formato ha reso possibile la moderazione del prezzo: ogni serie costa 25 franchi (oltre le spese di trasporto). Chiedere il prospetto; rivolgersi a Masson & C.ie, boulevard Saint-Germain 120, Paris VIe, Francia.

Incendio in un manicomio.

Un grave incendio è scoppiato il 13 corr. nel manicomio femminile di Betania, a Brecht, vicino ad Anversa (Belgio). Il fuoco è divampato in un padiglione dove si trovavano raccolte oltre cento malate e si è rapidamente propagato distruggendo parte dell'ospizio. Le povere donne sono state a stento salvate. Una suora francese pure internata fra le dementi si è messa a gridare: « La colpa è mia » e, prima che si potesse intervenire per impedirglielo, si precipitava fra le fiamme.

Conferenza di Voronoff a S. Remo.

Il dott. prof. Voronoff, per invito del dott. Manganiello, Segretario Federale di Imperia, ha tenuto nel Teatro del Casino Municipale di S. Remo una conferenza a beneficio delle opere assistenziali della provincia sul: « Problema del ringiovanimento ». La conferenza è stata intercalata da proiezioni.

La direzione del Casino ha offerto subito dopo un ricevimento alle autorità politiche presenti e ha fatto dono allo scienziato di un artistico bronzo.

Studio del raffreddore comune.

La Scuola Medica dell'Università di California a San Francisco ha in corso uno studio sui fattori del raffreddore comune. In una camera ove trovano posto comodamente cinque persone si possono far variare la temperatura e l'umidità entro limiti estremi e per lunghi periodi. Soggetti colpiti di recente da raffreddore vengono messi nella camera per 4-5 giorni insieme a soggetti nuovi. Tra i fattori possibili non vengono considerati lo strapazzo e gli eccessi alimentari. Le ricerche sono condotte dal professore di clinica medica W. J. Kerr e dall'aiuto J. B. Langen.

Epidemia navale.

L'epidemia sviluppatasi a bordo di un piroscafo giapponese, della quale nel fasc. 15, p. 600, demmo una notizia tratta dai giornali quotidiani, riguardava il morbillo

Cinquantesimo anno di laurea.

I medici laureati a Napoli nel 1883 che desiderano riunirsi per festeggiare il loro cinquantesimo anno di laurea, sono pregati di rivolgersi per gli opportuni accordi al dott. Oreste di Giacomo in Scurcola Marsicana, o al dott. Luigi De Sanctis in S. Panfilo d'Ocre (Aquila).

Infortuni di sanitari.

Il dott. Toto, medico condotto di Migliarino (Voghera), è stato derubato dell'ingente somma di 250 mila lire, in titoli.

Onorificenza britannica all'on. Mussolini per la protezione degli animali.

Il Capo del Governo Italiano ha accettato una medaglia d'argento che la Società Reale di Londra per la protezione degli animali gli ha conferito. La lettera dell'on. Mussolini così conclude: « Il rispetto per la vita degli animali è una delle più nobili caratteristiche di un Paese ed il vostro Paese è certamente degno delle sue grandi tradizioni anche a questo riguardo ».

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Brux.-Méd. — Numero speciale sulle Giornate Mediche del 1932.

Deut. Med. Woch., 27 gen. — ASSMANN e al. Morbo di Haff. — BOAS. La porfirina nella patologia del ricambio.

Wien. Klin. Woch., 27 gen. — BREIHMANN. Errori diagnostici in endocrinologia.

Klin. Woch., 28 gen. — W. R. HESS. Il sonno. — S. DIETRICH e H. SCHWIECK. Il problema del dolore nell'angina p.

Münch. Med. Woch., 27 gen. — E. K. FREY. La padutin.

Presse Méd., 28 gen. — M. LOEPER e al. Ipercrinemia e ritenzione renale.

Journ. A. M. A., 21 gen. — E. C. GILCREEST. Rotture e stiramenti di muscoli e tendini negli arti inf. — C. G. GRULEE. Osteomielodisplasia. — R. S. MORRIS e al. Trattam. dell'anemia perniciosa.

Proc. R. Soc. Med., gen. — Discuss. su: patogenesi delle nefriti; trattam. della trombosi del seno lat. — Casistica.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 15 gen. — L. LAZZARINI. L'appendicite nei vecchi. — A. SOSTEGNI. Peritonite pneumococcica.

Practitioner, feb. — Numero sui tumori maligni.

Presse Méd., 1 feb. — C. LIAN e C. ZAMPIR. Rapporti quasi costanti tra press. arter. media e minima.

Journal dos Clinicos, 15 gen. — A. AMORINN. Periartrite cronica della spalla.

Sperimentale, V-VI. — G. FAVILLI e N. CASSUTO. Potere battericida di animali normali e a trattamento ipertermizzante. — C. CIONI. Lipodieresi polmonare.

Sperimentale, V-VI. — G. FAVILLI e N. CASSUTO. Potere battericida di animali normali e trattamento ipertermizzante. — C. CIONI. Lipodieresi polmonare.

Riv. di Cl. Ped., gen. — A. GENTILI. Malattia di Heine-Medin; forme alte.

Rinasc. Med., 1 gen. — A. CHILLÀ. Rara forma di emoistioblastosi leucemica.

Riv. di Cl. Ped., gen. — A. GENTILI. Malattia di Heine-Medin; forme alte.

Rinasc. Med., 1 gen. — A. CHILLÀ. Rara forma di emoistioblastosi leucemica.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 22 gen. — W. GALLI. L'ormone cardiaco.

Paris Méd., 4 feb. — Numero di radiologia.

Gaz. d. Hôp., 1 feb. — P. LEREBOULLET. L'influenza nei piccoli bambini.

Minerva Med., 3 feb. — D. GIORDANO. Colecistiti calcolose in donne già operate di appendicectomia.

Klin. Woch., 4 feb. — F. LANGE, K. FELIX. Sostanze regolatrici del cuore e ipertonia.

Münch. Med. Woch., 3 feb. — O. GOETZE. Meccanica dello stomaco.

Deut. Med. Woch., 3 feb. — REITER. Azione specifica delle onde ultra-corte.

Journ. Méd. Franç., gen. — Numero sul latte nel trattam. delle malattie.

Mediz. Welt, 4 feb. — CURSCHMANN. Il sudore.

Revue de Chir., gen. — R. LERICHE e A. JUNG. Operazioni paratiroidee in affezioni varie.

Presse Méd., 4 feb. — C. AUBERTIN e al. Angiomatosi emorragica familiale. — I. NASSE e al. Setticemia gonococcica pura.

Mediz. Klinik, 3 feb. — L. MOLL. Azioni atmosferiche e climatiche sull'organismo infantile. — P. HEGEDÜS. Galattosuria alimentare.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XL Roma, 1 Maggio 1933 - XI Num. 18

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

PROLUSIONI

Istituto di Patologia Chirurgica della R. Università di Parma

Direttore: R. BRANCATI.

Il principio teleologico naturale nel processo di riparazione delle fratture (*).

Signore, Magnifico Rettore, Illustri colleghi, Studenti carissimi,

Quando ci allontaniamo da una sede Universitaria che ci ha tenuto a battesimo, sentiamo il peso della dipartita come nell'allontanarci dalla famiglia che ci ha allevati. Così nel lasciare la dolce Siena sento nel mio animo un senso di dolore come quando mi allontanai da Roma, ove avevo compiuto la preparazione alla Cattedra. E questo sentimento è dovuto allo staccarsi da Maestri e da Colleghi carissimi, fra i quali i giovani della vita universitaria trovano una parola di conforto nel quotidiano succedersi delle vicende della carriera. Ma è dovuto ancora allo staccarsi dalle cose che ci circondano, dagli strumenti, dai libri, dalle sale dei malati che costituiscono il regno ove trascorriamo gran parte delle nostre ore. E così i monumenti rappresentano anch'essi una ragione di dolore nel distacco quando corrispondono a gioielli d'arte. Rivedo all'uscire del portone di Santa Maria della Scala, come in un sogno, il Duomo di Siena pieno d'incanto al bel chiaro di luna e la Piazza del Campo quando attraversavo la fantastica spianata tra la Fonte gaia e la torre del Mangia. E con tali ricordi vicende di uomini e lavori d'artisti, che cercarono in ogni angolo di fermare le bellezze dell'arte, si susseguono nella mia mente, destandovi un incitamento alla ricerca del bello nella nostra arte, che mira alla perfetta conservazione dell'uomo.

Questo senso di dolore per l'allontanarmi da un ambiente così caro è mitigato dall'entrare in questa Università, nuova per me, ma vetusta di uomini e cose, in questa antica Atene dell'Italia, che ha saputo conservare gelosamente il culto degli studi universitari, consacrato ormai da secoli. Ed il distacco è attutito dal ritrovare qui Giovanni Razzaboni, il carissimo amico col quale ho diviso le ansie dei concorsi universitari e Luigi Preti, Rettore magnifico, la cui figura si ricollega alla memoria del mio caro fratello Antonio che gli fu compagno af-

(*) Prolusione al corso di Patologia chirurgica nella R. Università di Parma (anno 1932-33).

fettuoso nel periodo della guerra mondiale. A loro io esprimo la mia gratitudine per avermi segnalato nel coprire questa cattedra. Ringrazio il prof. Gallenga per le belle parole con cui mi ha presentato mentre invio il mio reverente saluto al preside prof. Decio e a tutti i colleghi che hanno voluto onorarmi unanimi della loro fiducia e simpatia.

Sento ancora forte il dovere di richiamare alla mente Francesco Durante, Roberto Alessandri e Gaetano Fichera che, della Scuola romana vivificatori, mi furono maestri affettuosi nello studio delle discipline chirurgiche. A loro il mio affettuoso pensiero e riverente saluto.

Ringrazio le Autorità e i colleghi che col loro intervento hanno accresciuto l'orgoglio di questa mia nuova sistemazione di carriera ed invio un cordiale saluto agli studenti che percorreranno con me questo aspro sentiero dell'insegnamento.

> È tutta una lenta ed armonica evoluzione che risponde a quella legge generale che presiede a tutti i processi di riparazione del nostro organismo, ognuno dei quali è stimolato e diretto da un principio teleologico, insorge cioè per un preciso scopo e mira a conseguire quel fine bene determinato e perfettamente ed utilmente proporzionato ai bisogni funzionali (GIOVANNI PEREZ. *Lezioni di Patologia Chirurgica*).

In una discontinuità ossea, per quanto minima, fatta anche artificialmente con strumenti affilati per osteotomia, o per esperimento negli animali di laboratorio, si verificano subito dei fenomeni distruttivi a carico delle parti molli, del periostio, dell'osso, del midollo, dei vasi sanguigni. Ed avremo in conseguenza nel focolaio di frattura così determinato zone emorragiche, frammenti ossei distaccati, brandelli di parti molli in necrobiosi. Se si tratta della lesione di continuo di un osso lungo, in corrispondenza della sua diafisi, avremo trombosi dei vasi che decorrono nei canali aversiani prossimi alla rima di frattura e fenomeni regressivi con necrosi delle cellule ossee per alterazioni nutritive consecutive. I monconi fratturati ci mostrano al microscopio delle dentellature ove corrisponde la scomparsa delle lamelle ossee, mentre la rispettiva cellula ossea, impiccolita e retratta, rimane allo stato libero, fuori della sua cella di protezione. Vicino a questi punti in regressione vediamo gli speciali elementi polinucleati, i così detti osteoclasti di Köllicher ai quali viene attribuita la funzione di sciogliere, erodere, le lamelle ossee, formandovi, là dove l'osso cade in necrobiosi, una insenatura speciale, la lacuna di Hauschip. Ad un esame più attento vediamo che questi speciali elementi polinucleati, i quali si trovano abbondanti verso il midollo, rappresentano isole di sostanza plasmatica, nelle quali vanno a prendere posto residui di masse cromatiniche. Queste dapprima sono ammassate disordinatamente ed in seguito si dispongono a cumuli, a rosetta, a gemma, in modo da acquistare l'aspetto di elementi simili ai megacariociti. Rappresenterebbero così il sincizio di parti cellulari di elementi ossei o midollari caduti in necrobiosi che vengono ad essere vitalizzate, costituendo degli speciali elementi. Alla loro formazione possono concorrere anche i frammenti in regressione di parti molli. Cosicchè sembra che dalla natura venga riutilizzato tutto quanto è possibile. Dai rottami, come per la ricostituzione della materia, viene ricomposto un corpo cellulare di cui vediamo abbondare questo primo periodo della riparazione di una lesione ossea. Un'altra parte di detrito cellulare, tutto quanto rimane di inservibile, viene inglobato dai primi elementi mobili pervenuti nel punto fratturato, dotati di squisita proprietà fagocitaria. Sono questi gli elementi più importanti nella estrinsecazione del processo di riparazione e quindi dobbiamo seguirli fin dalle loro sorgenti. Essi hanno spiccata la facoltà granulopessica per sostanze di carica elettrica negativa, per cui ci è dato seguirli al microscopio fra i tessuti anche senza nessun'altra colorazione, essendo messi in evidenza dai granuli da loro inglobati. Questi elementi, che sono colorabili *intra vitam* con colori speciali, detti istioblasti nella loro fase iniziale ed istiociti in quella più matura e più frequente ad osservarsi, posseggono funzioni varie ed importanti, come vedremo. In un primo tempo una parte di tali elementi esplica eminentemente una funzione fagocitaria, inglobando i residui cellulari che non sono stati utilizzabili ed allontanandoli dal luogo di frattura. Questa sarebbe una funzione secondaria, diciamo quasi umile, rivolta all'allontanamento dei frammenti di rifiuto, ma certo anche essa utile, forse con un ripristino integrale del materiale incorporato.

Ben più alte funzioni a questo elemento sono devolute. Da dove ha intanto origine? La sorgente è varia e noi possiamo vedere i primi elementi grossi, rotondi, con un nucleo ben visibile e colorabile, con protoplasma carico di granuli specifici di colore assunti *intra vitam*, uscire dalla periferia dei vasi, dall'interstizio dei fasci muscolari, dal sarcolemma, dal sarcoplasma, dal tessuto grassoso, dal cellulare sottocutaneo, dal midollo osseo, dai canali aversiani, dal periostio, per ricordare tutti i tessuti che possono aver rapporto con l'osso, ma poi possono trarre le loro origini lontano, in organi che ne sono ricchi come la milza, il fegato, il polmone. Dalle parti molli circostanti all'osso e specialmente dai muscoli, i primitivi elementi, già divenuti alquanto più adulti, istiociti, si aggruppano a fasci e, distaccando fibra da fibra, tessuto da tessuto, si dirigono verso il focolaio di frattura. Formano dei veri e propri torrenti cellulari, meravigliosi a vedersi, che

possiamo distinguere nettamente per la colorazione specifica e seguire mentre si dirigono da punti più o meno lontani verso il luogo di frattura. Prima di raggiungere l'osso una gran parte di essi vengono ad ammassarsi nel periostio.

Questa tunica ben definita, formata nello stato di riposo da qualche strato di elementi fusati simili ai fibroblasti, è diventata in questo momento di spessore notevolmente più grande per l'accumularsi a strati degli elementi istiocitari. Questi diventano alquanto più evoluti allungandosi, in modo da divenire quasi fusati, pur conservando sempre la proprietà granulopessica. Nello strato più profondo di questa tunica periostale così ispessita, vediamo intanto che gli elementi istiocitari si trasformano: acquistano forma ovalare, poi rotonda, si ingrandiscono, il loro protoplasma si fà chiaro e circonda un nucleo vescicoloso, come in una capsula, perdendo mano mano i granuli di colore specifico. Solo in fasi di transizione fra gli elementi istiocitari e questi nuovi elementi si possono scorgere residui dei granuli di colore vitale che ci indicano nettamente l'origine istiocitaria delle nuove cellule. Queste rappresentano i primitivi elementi del tessuto cartilagineo, detti precondroblasti e condroblasti, a seconda che la metaplasia dell'elemento istiocitario è appena accennata, o già ben definita. Questo tessuto condroblastico va a deporsi sulle lamine esterne dei monconi ossei in modo da formare un manicotto fusato di cui gli estremi distali vanno degradando e la parte centrale più grossa penetra fra i monconi ossei fratturati e allontanati, cioè nella rima di frattura.

Ma alla costituzione di un tessuto simile concorrono ancora i canali aversiani delle lamine fratturate ed il midollo osseo circostante al focolaio di frattura. Con lo stesso processo di metaplasia elementi istiocitari provenienti dal peritelio dei vasi dei canali aversiani, o dal midollo e specialmente dal punto in cui questo confina con la lamina interna del cilindro osseo, si forma del tessuto condroblastico. Così che i due capi ossei fratturati si trovano in tal modo saldati l'un l'altro da un tessuto di neoformazione di cui ci dà netta l'idea l'esempio di due cilindri che intinti nella ceralacca fusa e poi messi a contatto l'uno contro l'altro sono cosparsi di questa materia nella faccia esterna, nel punto di combaciamento e nell'interno. Questa fase primitiva condroblastica può essere tanto lunga da osservarsi nei periodi ulteriori dell'evoluzione del tessuto di riparazione, o tanto breve da non essere percepibile dalla nostra osservazione passando rapidamente alla fase ulteriore, la quale del resto si può presentare senza quella intermedia condroblastica. Gli elementi istiocitari infatti possono dar luogo alla costituzione di anse vasali capillari intorno alle quali si formano dei manicotti cellulari dovuti alla proliferazione degli stessi elementi. Quivi si differenziano cellule da prima ovoidali e piccole, poi grandi e rotonde, con un nucleo vescicoloso, le quali si circondano rapidamente di una sostanza intercellulare stratificata, assumendo nell'insieme un aspetto di tessuto osseo primitivo, detto perciò tessuto preosteoblastico ed osteoblastico. Questo si dispone a travate, ad isole intramezzate irregolarmente da vasi capillari circondati da elementi embrionali che costituiscono le lacune midollari primitive. All'insieme di questa formazione istologica si dà il nome di tessuto osteoide. Oltre che in modo così rapido, da metaplasia diretta dell'elemento istiocitario, il tessuto osteide può avere origine dal tessuto condroblastico. Quando questo fenomeno si inizia vediamo comparire in seno al tessuto condroblastico, che finora ne è stato privo, dei capillari. Essi sorgono qua e là distanziati l'uno dall'altro, in modo da rappresentare dei centri germinali dai quali parte la trasformazione. Alla formazione di questi vasi capillari primitivi crediamo che possano concorrere due modalità: con la prima l'elemento istiocitario direttamente assumerebbe la forma di endotelio ed in ciò sarebbe favorito dalla sua natura di origine; con la seconda l'elemento condroblastico, indirettamente, per una trasformazione anaplastica sarebbe capace di ritornare allo stato di istiocito e quindi allo stato di elemento potenziale mesenchimale. Nell'una o nell'altra possibilità è certo che l'evoluzione del tessuto condroblastico in osteoblastico ha per centro un vaso sanguigno capillare di cui in un territorio se ne possono rintracciare un numero vario. Intorno a questi vasi sono visibili elementi istiocitari allo stato ancora primitivo ai quali si aggiungono mano mano gli elementi che provengono dalla trasformazione dei condroblasti. Questi si distaccano gli uni dagli altri, acquistano una maggiore grandezza nel nucleo e poi si coprono della sostanza intercellulare lamellare, disponendosi a formare delle travate, delle isole di tessuto osteoblastico. Queste travate si ammassano intorno al vaso primitivo che si va ancora arricchendo verso l'esterno di elementi istiocitari ed anche midollari, fino a costituire una cavità midollare primitiva. In tal modo si forma ancora il caratteristico tessuto osteoide. Questa seconda modalità di formazione del tessuto osteoide differirebbe dalla prima perchè intercede nella sua formazione la fase di tessuto condroblastico, fase che non possiamo escludere che avvenga anche nella metaplasia diretta dell'istiocito poichè può essere tanto breve da non essere da noi percettibile al microscopio.

Da questo insieme di focolai di proliferazione si è formato un pezzo di tessuto nuovo, detto callo, di cui una parte si chiamerà callo periostale o periferico, una parte callo interstiziale o intermedio ed una callo midollare o interno. A seconda dello spostamento dei mon-

coni ossei queste parti di callo varieranno di estensione, avendosi nei casi senza, o con poco allontanamento, una modica parte di quello midollare, una scarsa di quello intermedio, ed una abbondante del callo periferico.

Quando lo spostamento è forte la quantità di tessuto condroblastico ed osteoide è in proporzione maggiore e vi concorrono le tre sorgenti in maniera proporzionale. Intanto a questa produzione di tessuto di riparazione si dà il nome di callo provvisorio. Questa denominazione indica per se stessa che il tessuto formato dall'organismo ha solo per il momento un fine, quello di mettere a contatto i frammenti ossei e saldarli in blocco. È una saldatura provvisoria fatta rapidamente per dare un primo assetto, come un'opera sbozzata, senza rifinitura. A tale processo di riparazione hanno contribuito le parti costituenti lo scheletro e i tessuti parostali, senza poter escludere che vi partecipino anche organi lontani, ricchi di quegli elementi che rappresentano il fattore principale del processo di riparazione. È bello pensare come questo fenomeno proliferativo avvenga automaticamente con una precisione meravigliosa, come guidata da una idea che ne traccia l'azione. Possiamo ammettere che esso si compia per l'intercessione di stimoli che si dipartono dal focolaio di frattura ed agiscono su determinati elementi capaci di rispondere ad essi, dando luogo ad una immensa proliferazione di tessuti vari, adatti alla funzione di sostegno; ma è anche vero che, per quanto sia dato a noi di constatare obbiettivamente il fatto, non conosciamo la vera essenza per cui il fenomeno proliferativo specifico avvenga in una maniera così precisa, così ben definita. Ed a questo punto dobbiamo rivolgere il nostro pensiero ai fenomeni della natura di cui è pieno il nostro organismo.

In un osso spongioso, o in un osso breve la saldatura non avrebbe alcuna importanza estetica e potrebbe bastare così come è stata abbozzata; ma in una diafisi, che deve sostenere alle volte tutto il peso del corpo e che deve dare a questo la sua linea estetica, la natura pensa a riportare tutto al normale. Quando il callo si è trasformato in tessuto osteoide, pur rimanendo ancora qualche nucleo di tessuto condroblastico, il midollo è diventato povero di elementi istiocitari e di cellule giganti, il periostio è diminuito nel suo forte spessore acquistato, gli interstizi dei muscoli presentano scarsi elementi istiocitari, come se fosse venuto meno da parte del focolaio di frattura la richiesta degli elementi speciali.

Ed ecco che in questo secondo periodo si inizia nel callo una fase mirabile di regressione. In corrispondenza del tratto di callo centrale, callo midollare, vediamo che gli spazi midollari primitivi, costituiti come abbiamo detto da un vaso circondato da istiociti con qualche elemento midollare, si ingrandiscono, non solo per maggiore turgore del vaso, ma specialmente per aumento degli elementi perivasali che vanno così a formare dei punti midollari veri e propri, provvisti anche di megacariociti. Le trabecole ossee che stanno all'intorno subiscono invece un processo di regressione, o meglio di metaplasia anaplastica. Tali trabecole in alcuni punti presentano ancora cellule ossee ben distinguibili, con un contorno ben netto della cellula, ma nella maggior parte questo contorno è scomparso, cosicchè si vede una sostanza intercellulare uniforme, senza alcuna suddivisione; i nuclei di queste cellule sono rimpiccioliti e diventati di forma fusata e vanno ad ammassarsi alla periferia della trabecola ossea dove, confinando con il tessuto midollare di neoformazione, si confondono con gli elementi di questo. Con la regressione di considerevoli parti di queste trabecole ossee il tessuto osteoide viene a trasformarsi in un tessuto midollare, dove si vedono immerse delle isole ossee le quali in qualche punto sono divenute talmente lontane le une dalle altre da potersi considerare come un residuo del tessuto osteoide primitivo. Al limite di queste isole in regressione, dove si accumulano le cellule fusate od ovoidali che dalla trasformazione delle cellule ossee provengono, si vedono ricomparire numerosi istiociti che riprendono la caratteristica colorazione dei granuli elettronegativi. Sembra chiaro vedere come questi elementi che provengono da una trasformazione dell'elemento embrionale, l'istiocita, e che hanno acquistato una configurazione specifica di cellula condroblastica od osteoblastica e quindi una funzione speciale di maggiore resistenza perdendo quella primitiva granulopessica, ritornino ad uno stato embrionale perdendo la configurazione e la funzione specifica e riacquistando la figurazione e la funzione primitiva. Gli spazi midollari si ingrandiscono sempre più e si mettono in connessione con i due cilindri di midollo preesistenti; le trabecole ossee regrediscono e scompaiono e così il midollo si è tutto ricostituito con la sua caratteristica composizione di midollo funzionante. Gli istiociti che in esso si trovano provengono in gran parte dalla regressione degli osteoblasti i quali ritornano così al loro stato primitivo quando la funzione a cui erano chiamati è finita.

Ben altrimenti avviene in corrispondenza del tratto di callo intermedio, o interstiziale. Quivi il tessuto osteoide, che ha la caratteristica di presentare i suoi elementi con disposizione disordinata, comincia a farci notare dapprima un certo orientamento delle cellule specifiche secondo la lunghezza della diafisi. È da un periodo di transizione, in cui gli elementi ossei sono ancora disposti tortuosamente, passiamo ad un altro in cui essi sono disposti in fila parallela intorno ai vasi, orientandosi tutti in modo armonico. Le cellule del tessuto osteoide diventano più adulte perdendo l'aspetto di osteoblasti ed avvcinandosi a quello della cel-

lula ossea definitiva e si ricoprono di lamelle calcaree orientate tutte in un dato senso. Intorno a questi nuclei, ove il tessuto osteoide si va trasformando in tessuto osseo, vediamo una grande quantità di osteoblasti che provengono da trasformazione degli elementi della cavità midollare primitiva, ricca di istiociti e provvista del vaso sanguigno centrale. Dagli elementi istiocitari vengono prodotti ancora nuovi osteoblasti i quali, depositandosi intorno al nucleo di tessuto osseo, lo ingrandiscono sempre più. Ne consegue che la lacuna midollare primitiva si va sempre più restringendo per lo accumularsi degli osteoblasti i quali mano mano finiscono per obliterare lo spazio primitivo. Con la germinazione eccentrica degli elementi istiocitari le varie trabecole ossee si incontrano fra di loro e si fondono mostrandoci ancora nei punti di unione gli ultimi osteoblasti giovani, appena abbozzati. Quando le travate di osso sono ingrossate e sostituiscono tutta la lacuna midollare, il vaso dell'antica lacuna primitiva si rimpiccolisce notevolmente e rimane nella sua posizione caratteristica a formare il vaso del canale di Havers. Ma non tutti i vasi delle lacune midollari primitive rimangono, poichè una gran parte di essi, ridotti ad un esilissimo lume delimitato da poche cellule endoteliali, scompaiono completamente, essendo il loro posto occupato da elementi ossei che si aggiungono alle rimanenti per formare il tessuto più compatto. Così in questo punto vediamo che non solo sono utilizzati tutti gli elementi che facevano parte del tessuto osteoide già formato, ma ancora nuovi osteoblasti vengono provveduti dagli istiociti. Questi nuovi elementi che si aggiungono vengono a riempire gli spazi midollari del tessuto osteoide il quale acquista maggiore saldezza. Esso in tal punto assume l'aspetto di tessuto osseo, senza lacune midollari, cioè di tessuto osseo compatto, capace di sopperire alla funzione di sostegno nella maniera più sicura. In tal punto non avviene quanto abbiamo visto nel callo midollare, anzi assistiamo ad un consolidamento del tessuto che viene a costituire un callo osseo definitivo.

Anche per questo fenomeno che viene da noi obbiettivamente rilevato e per il quale invochiamo uno stimolo funzionale, capace di richiedere non solo una ulteriore formazione di tessuto osteoide ma anche la trasformazione di questo in tessuto osseo compatto, dobbiamo invocare ancora la natura che ha dotato il nostro organismo di così complessi e delicati poteri di regolazione. Finalmente nel callo periferico assistiamo, con un quadro di metaplasia anaplastica, alla regressione del tessuto osteoide, come per il callo midollare. I suoi elementi diventano fusati, la sostanza intercellulare scompare e la cellula libera, diventata simile all'istiocita, ritorna ad ammassarsi nella tunica periostale, ritornata ricca di elementi embrionali. Da qui una parte di questi, che hanno riacquistata la proprietà granulopessica, si orientano verso le parti molli e, riguadagnando l'interstizio muscolare, ritornano ai punti di provenienza primitiva.

Con la midollizzazione della parte di callo centrale, con la ossificazione di quella interstiziale, con la fibrificazione di quella periostale vediamo la ricostituzione esatta dell'osso nella maniera più perfetta, tanto da non potersi più trovare traccia della lesione. Tutti gli elementi mobilitati nella prima fase, che possiamo racchiudere in un unico tipo, l'istioblasto, sono stati utilizzati fino alla differenziazione massima di elementi ossei e questi poi trasformati con una precisione tale che noi possiamo definire al microscopio quale sarà la parte del callo che ricostituirà i tre punti, midollo, lamina, periostio. La natura ha mobilitato in eccesso gli elementi e costruito in eccesso il tessuto provvisoriamente adatto alla contenzione dei monconi ed essa stessa pensa alla smobilitazione, facendo tornare ogni elemento al suo stato primordiale, lasciando nel punto sede di lesione soltanto quelli che sono richiesti dalla funzione. La ricostituzione del canale midollare, delle lamine ossee intermedie, della tunica periostale che possiamo seguire passo a passo rappresenta per noi un fenomeno meraviglioso. Esso ci fa ammettere che nelle manifestazioni della natura esiste un principio teleologico, un fine preciso da raggiungere per il quale essa dispone armonicamente di tutti i suoi mezzi. Nel caso in esame un elemento unico assume delle fisonomie speciali a seconda la funzione cui è chiamato e ritorna infine al suo punto di origine dopo aver rivestito anche momenti di elevata differenziazione. Sembra di vedere in questo svolgersi di fenomeni naturali l'episodio della vita del vecchio romano che ritorna alla quiete del campicello quando gli vien meno la funzione che l'avea chiamato alle più alte cariche dello Stato.

Ma alle volte la natura è da noi contrastata ed anche tratta in inganno. Quando i frammenti ossei non vengono giust'apposti e vi rimane una grande rima di frattura, quando restano fra i capi grossi pezzi di tessuti necrotici da dissolvere, allora il lavoro diventa molto più lungo, più difficile, ed alle volte richiede degli anni prima che venga completata la ricostituzione. Qualche volta l'intervento nostro, apponendo delle piastre di contenzione all'intorno dei pezzi ossei fratturati, fa sì che la natura non può raggiungere il focolaio da tutte le parti di mobilitazione ed in tal caso il lavorìo del tessuto midollare ed interstiziale dell'osso diventa enorme, mentre quello periferico sembra dapprima disorientato. Si ha infatti in tal caso una produzione di tessuto osteoide, non più rivolta verso l'osso, ma verso le parti molli. Ma anche questa racchiude uno scopo del processo naturale il quale tende a raggiungere l'identico tentativo di produzione di tessuto osteoide che viene dal capo opposto e che si mantiene anch'esso all'esterno

del corpo estraneo. E così vediamo questi due tentativi raggiungere lo scopo quando si avvera la formazione di un cilindro di tessuto osteoide che comprende nel suo interno, come in una capsula, tutto il focolaio di frattura ed il corpo estraneo da noi posto per la coartazione. In questo caso però il lavorio che l'organismo ha fatto è veramente grande ed il callo acquista delle dimensioni varie fino a delle malformazioni che, per quanto mostruose, sono ancora spiegabili con un fine che guida il processo naturale. Ma anche in tal caso il processo proliferativo si arresta quando la natura ha raggiunto il suo scopo. Nello stesso modo con cui in una lesione di continuo che colpisce la pelle, anche quando per l'estensione della perdita noi poniamo artificialmente delle isole di epitelio, la proliferazione si arresta nel momento in cui tutta la superficie è ritornata ad avere la sua protezione epidermica, vediamo che la proliferazione ossea si arresta quando la continuità dell'osso fratturato è ristabilita. La proliferazione si arresterà perchè mancheranno le sostanze che si producono nel focolaio e che servono da stimolo alla divisione cellulare, perchè si è raggiunto un equilibrio cellulare che corrisponde alle correlazioni organiche normali, ma è meraviglioso vedere che questo avviene per virtù di un autogoverno che rientra nelle leggi della natura.

Ben altro ancora avviene in certi individui nei quali il processo di mobilizzazione, e di proliferazione non si arresta più. Per alterazioni, diciamo noi, di organi interni che interpretiamo come deputati ad infrenare le proliferazioni, o di altri che una funzione stimolante esercitano su i processi di rigenerazione, l'ambiente organico si muta e quell'armonica rispondenza fra tessuto e funzione si altera, subentrandovi l'anarchia cellulare. L'elemento primitivo così semplice ed operoso, inquadrato nelle leggi della natura benigna, diventa anarchico e disarmonico. Esso non obbedisce più alle leggi di riparazione fisiologica e si abbandona alle più sfrenate proliferazioni. Il processo per cui l'elemento cellulare da fisiologico diviene patologico possiamo anche seguirlo grado a grado con osservazioni istologiche, chimiche, fisiche, ma l'essenza precisa ci sfugge. Possiamo dire che in questa trasformazione è favorito da un ambiente speciale che noi possiamo valutare con un cambiamento dello pH che può elevarsi verso l'alcalinità, con un cambiamento nella tensione della sua membrana cellulare la quale diventa più permeabile alla idrolisi e favorisce i processi di divisione nucleare, con un aumento dei fenomeni di ossidazione dei glucosidi da parte della cellula, con una maggiore provvista di sostanze lipoidi. Possiamo ancora valutare l'azione energetica del potassio ionico capace di stimolare le proliferazioni cellulari e quella litica del calcio ionico che a quella si oppone nella biologia della cellula; la oligo-ossidasi per cui la cellula dapprima adattatasi ad una vita di glicolisi diventa poi anaerobica e si cambia in cellula fermento, carattere che viene riprodotto nelle cellule figlie; possiamo sperimentare l'azione degli acidi grassi formatisi dallo sdoppiamento di lipoidi, i quali precipitando il calcio agirebbero sempre costituedo un terreno oligocalcico. Con il cambiamento dell'ambiente possiamo pensare che avvenga il cambiamento della cellula la quale non è più la normale cellula della rigenerazione, ma quella della crescenza forzata, che a noi si appalesa con un ricambio fortemente variato. Basta pensare che essa acquista la proprietà di scindere lo zucchero in acido lattico in una maniera quadrupla delle cellule normali, per ammettere che il suo complesso chimico è notevolmente modificato e con esso è mutata l'attività energetica. Dalle culture in vitro sappiamo che questa attività energetica è posseduta, oltre che dai leucociti e macrofagi, dagli istiociti, i quali sono capaci di trasformare in acido lattico il 56-58 % dello zucchero ambiente, di acquistare cioè la facoltà di vivere in gran parte a spese della fermentazione. Possiamo vedere insomma e valutare il momento in cui l'elemento cellulare normale si cambia in elemento abnorme, ma l'essenza ed il meccanismo per cui è avvenuta questa trasformazione la natura ce li tiene ancora celati e la nostra mente corre alla ricerca dei più svariati fattori fra i quali quelli a fondamento naturale hanno il più largo addentellato. Così crediamo che nell'interno dell'istiocito deve essere avvenuta un'alterazione che lo sottrae alle influenze regolatrici esteriori le quali tendono ad infrenare tutte le proliferazioni o viceversa che un perturbamento nell'equilibrio delle forze organiche regolatrici generali rappresenti il *primum movens* dell'alterazione cellulare.

E nasce così un elemento anarcoide, senza leggi naturali e di relazione e quindi senza principio teleologico, dal quale viene formato un tessuto abnorme. Questo potrà presentare ancora nella sua compagine i condroblasti e gli osteoblasti, ma non essendo la proliferazione infrenata dalle armoniche connessioni organiche si ha una suddivisione infinita e si forma un neoplasma, un condroma, od osteoma.

Ed ancor quando l'elemento primitivo non è capace di raggiungere più la sua fase di massima evoluzione con la differenziazione condro od osteoblastica, ma si arresta ad uno stadio embrionale della sua vita, ecco che produce un tumore a tipo embrionale, il sarcoma, con tutte le sue varietà.

Assistiamo così ad un processo proliferativo che non rientra più nelle armoniche leggi naturali, ma cade nella disarmonia e nell'anarchia, costituendo un tessuto neoplastico. In questo manca il principio teleologico, lo scopo preciso della sua produzione ed invece di riuscire utile e proporzionato ai bisogni funzionali, diventa inutile e nocivo, fino ad apportare la morte dell'organismo.

I due processi proliferativi sono tutti e due

dovuti a fattori organici che presentano in comune la origine essenziale primitiva naturale in un elemento ma differiscono le due nature delle quali la prima è benigna e la seconda maligna. Questa, rispetto al mondo, può paragonarsi ad un groviglio di animali e di cose, senza leggi, senza fine, dove prevale il singolo egoismo e la legge del più forte, che portano al dissolvimento ed alla morte degli esseri; quella ad una società umana inquadrata dalla disciplina e dalle leggi per cui si raggiunge lo scopo etico della vita, con l'armonica relazione degli esseri che la costituiscono e che il sommo Poeta definisce « l'ordine naturale »:

... Le cose tutte quante
hann'ordine tra loro; e questo è forma
che l'universo a Dio fa simigliante.
(PARAD., Canto I).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale Policlinico Umberto I in Roma - IV Padiglione.

Primario: Prof. A. MILANI.

Sul morbo di Banti

per il dott. MARIO TRIPODI, aiuto.

Le incertezze numerose tra le quali ancora si dibatte la classificazione definitiva delle cirrosi e delle sindromi epatospleniche, il carattere provvisorio che dopo tanti anni deve ancora assegnarsi a gran parte delle malattie comprese nel gruppo proteiforme delle anemie splenomegaliche, ci induce a pubblicare un caso di sindrome di Banti che per le sue caratteristiche cliniche e per la sua evoluzione crediamo sia degno di un certo interesse.

M. Vera, telefonista, nubile, di anni 34. Gentilizio assolutamente negativo; non ha sofferto i comuni esantemi dell'infanzia. All'età di 12 anni soffrì di modici dolori all'ipocondrio destro, accompagnati da vomito biliare e da tinta subitterica della cute, e sembra da febbre a grandi oscillazioni. Su questa infermità l'ammalata non sa dare maggiori dettagli. Ricorda solo che guarì completamente dopo circa due mesi di cura.

Mestruata a 12 anni, le mestruazioni sono sempre state regolari per ritmo, qualità e quantità. All'infuori di qualche movimento febbrile in rapporto, secondo l'inferma, ad episodi influenzali, e di un leggero grado di anemia, del resto ben sopportato, datante dall'epoca della sua malattia epatica, ha goduto fino alla presente malattia discreta salute ed ha sempre lavorato, sebbene spesse volte con grave stanchezza.

La malattia attuale si sarebbe iniziata circa dieci giorni or sono con forte senso di stanchezza, poco appetito, tosse secca e insistente e leggero movimento febbrile. L'inferma ha nondimeno continuato a lavorare fino ad ieri, quando per l'insorgenza di un forte brivido di freddo, seguito da febbre alta è stata costretta a mettersi a letto. Con l'elevarsi della febbre e l'aggravarsi dello stato generale è insorto leggero dolore alla base dell'emitorace destro e dell'ipocondrio dello stesso lato ed un senso di peso e di tumidezza a tutto l'addome. L'inferma entra in ospedale il 14-XI-1931 per questi disturbi. Non ha mai abitato in località malariche.

Esame obiettivo: Aspetto sofferente. Stato generale discreto. Costituzione scheletrica normale. Nutrizione buona con pannicolo adiposo discretamente abbondante ed uniformemente distribuito. Masse muscolari discretamente toniche. Colorito della cute pallido, giallognolo. Mucose visibili pallide. Sclere leggermente pigmentate in giallo verso i fornici. Lingua umida, impatinata. Dentatura sana. Micropoliadenia latero-cervicale e inguinale. Leggeri edemi pretibiali. Temperatura subfebbrile (37°,8).

Nulla a carico del sistema nervoso e dell'apparato circolatorio se si eccettua un soffio dolce sistolico sul cuore, udibile su tutti i focolai. Polso a 86, ritmico con pressione di 115-75 al R. Rocci. Sul torace segni di modico versamento alla base destra, versamento che risulta costituito, alla puntura esplorativa, da liquido limpido citrino.

Addome: Modicamente ingrandito in tutti i suoi diametri e leggermente svasato ai fianchi. Cicatrice ombelicale spostata in basso e leggermente spianata. Non reticolo venoso appariscente. Ottusità spostabile ai fianchi con zona di timpanismo al centro. Senso appena apprezzabile di fiotto. Nessun dolore alla pressione. Milza fortemente ingrandita: in alto essa arriva al VII spazio intercostale, in basso giunge a due dita trasverse sopra la cresta iliaca. La sua superficie è liscia, i margini ottusi, la consistenza dura elastica. È mobile con i movimenti del respiro ed è assolutamente insensibile alla pressione. Il fegato non appare ingrandito. Il suo margine superiore è nei limiti normali, non si apprezza alla palpazione il suo margine inferiore, sia che l'inferma respiri tranquilla o che faccia profonde inspirazioni.

L'alvo è stittico. La minzione normale. Le urine sono scarse: contengono poca urobilina, non pigmenti nè sali biliari.

Il liquido estratto dalla pleura destra ha i caratteri di un trasudato.

La febbre che aveva rimesso dopo il suo ingresso in ospedale, risale a 40° al 2° giorno di degenza, preceduta da intenso brivido di freddo. La cute e le sclere assumono contemporaneamente un colorito francamente itterico e le urine contengono abbondante urobilina e scarsi pigmenti e sali biliari. Colesterinemia 2,15 ‰. Le feci rimangono colorate.

L'esame del sangue dà il seguente reperto: Gl. rossi 2.900.000, Hb (al Sahli) 80. Valore globulare 1,37. Gl. bianchi 12.000. L'esame morfologico mette in evidenza modica anisocitosi, leggera policromatofilia, qualche reticolocito, qualche normoblasta, non microciti a palla, normale il numero delle piastrine. Neutrofili 89 %; eosinofili 1 %; linfociti 6 %; monociti 2 %; metamielociti 2 %. Resistenza globulare 0,48-0,36 sul sangue totale, sulle emazie deplasmatizzate 0,48-0,38. Tempo di emorragia e di coagulazione normale. Fenomeno del laccio negativo. R. di J. van den Bergh: indiretta incompleta. Emosiderina assente nelle orine. Sangue assente nelle feci. R. W. negativa.

La temperatura dopo essersi mantenuta per poche ore a 40° rimette completamente dopo un

giorno, rimanendo in seguito al disotto di 37° per tutto il decorso della malattia.

Il versamento addominale che era aumentato col sopravvenire della febbre, diminuisce gradatamente fino a scomparire quasi del tutto verso la fine della 3ª settimana di degenza.

Anche il tumore di milza gradatamente si riduce fino a circa i 2/3 del volume primitivo per rimanere di poi stazionario. L'ittero contemporaneamente si scolora, residuando infine una tinta subitterica della cute e delle sclere.

Anche il versamento pleurico si riassorbe, mentre persiste un certo grado di succulenza della cute, specialmente evidente sulle reg. pretibiali. Con il ridursi del versamento addominale, l'addome essendo divenuto più trattabile, si riesce a palpare l'ala sinistra del fegato che deborda di qualche dito sotto l'arco, il suo margine è tagliente, aumentato di consistenza, non irregolare, indolente, mobile con i movimenti del respiro. La superficie del fegato, per quanto lo consente la sua limitata estensione, non appare irregolare nè granulosa.

L'inferma per quanto migliorata è sempre fortemente debole, pallida giallognola e sofferente di vaghi e diffusi dolori addominali, che talvolta si localizzano alla metà sinistra dell'addome. L'alvo è sempre stittico, salvo talvolta dopo i pasti quando, in coincidenza dell'accentuarsi dei dolori, emette feci liquide di nessuno aspetto speciale.

Un nuovo esame di sangue eseguito il 26-XI-1931, dà: Gl. rossi 3.400.000. Gl. bianchi 9200. Hb 80. V. globulare 1,17.

La ricerca di parassiti e di emorragie occulte nelle feci riesce sempre negativa. Urobilina sempre presente in discreta quantità nelle urine, pigmenti e sali biliari assenti.

Esame del sangue del 17-XII-1931: Gli. rossi 3.200.000. Gl. bianchi 4800. Hb 60. V. gl. 0,93. Resistenza globulare 0,44-0,36.

Esame del sangue del 22-XII-1931: Gl. rossi 3.370.000. Gl. bianchi 3699. Hb 66. V. gl. 1.

Es. del sangue del 1-I-1932: Gl. rossi 3.300.000. Gl. bianchi 4400. Hb 56. V. gl. 0.80. Formula leucocitaria: neutrofili 77 %; eosinofili 4 %; basofili 1 %; linfociti 18 %, mielociti 4 %; metamielociti 2 %; monociti 3 %.

Essendo migliorate le condizioni generali dell'inferma, rimanendo stazionario il tumore di milza e la tinta subitterica e nel concetto che si trattava di un m. di Banti al 3° stadio, si consiglia l'intervento operatorio per splenectomia, che viene accettato dall'inferma ed eseguito il 10-I-1932 (prof. Puccinelli). All'apertura del cavo addominale si rinviene scarsa quantità di liquido libero, grosso tumore di milza privo d'aderenze, fegato atrofico (l'atrofia colpisce prevalentemente il lobo S.) di colorito giallo zafferano, a superficie uniformemente cosparsa di piccole granulazioni. Le vene spleniche non appaiono turgide, ma solo leggermente ispessite. Splenectomia.

Esame della milza: Peso 980 gr. Capsula rugosa e in alcuni punti fortemente ispessita. Al taglio si presenta di colorito rosso uniforme, la polpa è compatta e leggermente untuosa al tatto.

Es. istologico (prof. Nazari): Sclerosi connettivale fibrosa della capsula, delle trabecole e della sostanza della polpa. Scomparsa di gran numero di follicoli. Degli esistenti alcuni sono atrofici, altri si presentano come piccoli noduli rotondeggianti costituiti da tessuto connettivo, in lieve fase di degenerazione jalina. Gli elementi propri della polpa splenica sono assai ridotti e in alcune zone si nota la loro totale scomparsa. Non si scorge deposito di pigmento, nè reazione macrofagica.

Segni di leggera endoflebite dei grossi tronchi venosi dell'ilo. Diagnosi anatomica: milza fibroadenica di tipo Banti.

Il decorso post-operatorio è ottimo. La ferita guarisce per prima in 10ª giornata. Le condizioni generali sono buone. L'inferma riacquista gradatamente le forze. L'addome è soffice: non esiste traccia di versamento. La cute e le mucose riacquistano il loro colorito normale.

Esame del sangue del 27-I-1932: Globuli rossi 4,630.000. Gl. bianchi 6300, Hb 62. V. gl. 0,69.

L'inferma viene dimessa il 24-II-1932, solo persistendo della sindrome clinica preoperatoria i leggeri dolori addominali e le crisi di diarrea postprandiale, che però si attenuano e poi scompaiono del tutto dopo una cura di estratti epatici. Dopo sei mesi scompaiono anche i leggeri edemi pretibiali e si regolarizzano le mestruazioni, mercè una cura di estratti ovarici. Oggi, a distanza quasi di un anno dall'intervento operatorio, l'inferma può dirsi clinicamente guarita.

Riassumendo, nella nostra inferma si annunziava improvvisamente, con scarsissimi segni precursori, del resto molto banali (astenia, inappetenza, ecc.), una sindrome costituita da grosso tumore splenico, febbre, subittero, ascite e modica anemia caratterizzata da diminuzione dei globuli rossi, valore globulare al di sopra dell'unità con scarse alterazioni morfologiche a tipo pernicioso e modica leucocitosi con neutrofilia relativa. Nulla nei precedenti anamnestici che potesse far stabilire con esattezza la data d'insorgenza del tumore di milza, il quale tuttavia per la sua notevole grandezza doveva, con ogni presunzione, essersi iniziato molto tempo prima dell'insorgenza dell'attuale malattia.

Nulla nella storia e all'esame dell'inferma che deponesse per uno stato di malattia dipendente da lues, malaria, tubercolosi, alcoolismo. L'inferma portatrice inconsapevole di un tumore di milza cronico, ad evoluzione certamente lentissima, e di una leggera anemia, del resto quasi perfettamente sopportata, si ammala ad un certo punto improvvisamente e come ammalata acuta viene portata in ospedale. Al primo esame la milza, molto grossa, dura, giunge a due dita trasverse sopra la cresta iliaca, essa si riduce in seguito gradatamente, col cessare della febbre e col diminuire dell'ittero e dell'ascite, fino a due terzi del suo volume primitivo. Scartata l'ipotesi, assolutamente insostenibile di un tumore di milza acuto (tifo, sepsi, malaria, ecc.) in quale sindrome poteva essere inquadrata la splenomegalia cronica presentata dalla nostra inferma? La splenomegalia doveva cioè considerarsi pri-

mitiva oppure secondaria a lesioni epatiche o sanguigne?

L'ipotesi di una leucemia mieloide o linfoide (di quest'ultima la forma splenomegalica pura) poteva essere facilmente scartata per l'assenza di segni ematologici. Nè si poteva pensare ad una mielosi o linfoadenosi aleucemica data la presenza di ittero e di ascite assolutamente estranei a queste forme morbose. Più difficile era eliminare l'ipotesi di una malattia di Hodgkin a predominanza splenica. Ma la mancanza di eosinofilia, di prurito, la presenza di ittero e di ascite e il decorso ulteriore non parlavano in favore di quest'ultima forma morbosa.

Più logica si presentava la domanda se non si avesse piuttosto a che fare con una sindrome spleno-epatica. Per la cirrosi epatica splenomegalica deponevano infatti l'ittero e l'ascite, l'anemia, e l'impossibilità di apprezzare al di sotto dell'arco costale il margine inferiore del fegato. Ma riusciva strano come la sindrome si fosse stabilita quasi acutamente, che non fosse stata preceduta da disturbi dispeptici, nè da altri segni di stasi portale (gastrorragie, enterorragie, emorroidi) e come alla sua base mancasse qualsiasi fattore eziologico capace di produrre cirrosi (etilismo, lues, intossicazioni, ecc.). D'altra parte il tumore splenico sorpassava i limiti di grandezza comunemente raggiunti dalle milze cirrotiche, sia pure da quelle forme descritte come varietà ipersplenomegaliche. Comunque l'ipotesi di una cirrosi ipersplenomegalica fu lungamente prospettata.

Poteva intanto discutersi se poteva o no trattarsi di un'anemia perniciosa a forma splenomegalica tipo Bignami-Strümpell. Ma anche in tali forme di anemia perniciosa la milza non raggiunge mai volumi così considerevoli e d'altra parte, per quanto il valore globulare si fosse, nel periodo più acuto della malattia, mantenuto al di sopra dell'unità, la formula ematica ritornava presto senza alcuna terapia specifica al tipo di un'anemia secondaria. Esisteva inoltre leucocitosi in luogo di leucopenia. Scartata l'anemia perniciosa, delle sindromi spleniche pure non rimanevano a discutere che i tumori della milza e le infiammazioni croniche di essa. Dato i caratteri della tumefazione splenica, liscia, a contorni regolari, indolente, i tumori (cancro, cisti dermoidi o idatiche) potevano venire facilmente scartati, come facilmente erano da scartarsi anche il m. di Gaucher e di Nieman-Pick. La sifilide ereditaria o acquisita per la mancanza di altre lesioni luetiche, di epatomegalia concomitante e per la negatività delle reazioni sierologiche, andava pure senz'altro eliminata, così pure la malaria, la tubercolosi, il Kala-azar, la biliarzosi per la mancanza, in favore di quest'ultime, di ogni concomitanza clinica o commemorativo anamnestico che ne rendesse plausibile la discussione.

Dovevamo infine domandarci se non si trattava di un ittero emolitico, di una splenomegalia tromboflebitica primitiva o di una anemia splenica. Un ittero emolitico si rendeva plausibile per il quadro generale della malattia (sebbene il tumore di milza esorbitasse di molto dal volume comunemente raggiunto dalle milze emolitiche), per l'anemia e il valore globulare relativamente aumentato, per la leggera reazione mieloide del sangue e per la reaz. di Van den Bergh positiva indiretta. Ma in favore di un ittero emolitico congenito o acquisito nettamente si opponeva la resistenza globulare ripetutamente trovata normale, anzi leggermente aumentata (come accade negli itteri da ostruzione), sia sul sangue totale che sulle emazie deplasmatizzate e i segni di ipertensione portale (ascite) presenti nella nostra ammalata. L'inizio brusco, il forte tumore di milza e il suo successivo decrescere, la febbre, l'ascite avrebbero trovato facile spiegazione nell'ipotesi di una tromboflebite primitiva della splenica, con diffusione alla porta (ascite) se a tutti questi segni si fosse aggiunta una gastro- o enterorragia, complicazione tutt'altro che obbligatoria ma necessaria nel nostro caso per giustificare la regressione del tumore splenico. Non restava allora che di accettare la diagnosi di anemia splenica. Ma quale varietà di anemia splenica? È noto come sotto il nome di anemia splenica vanno comprese numerose malattie che non hanno di comune fra loro che la splenomegalia e l'anemia, fenomeni da cui è caratterizzata una parte almeno della loro evoluzione.

I francesi distinguono quattro varietà di anemie spleniche: 1) l'anemia splenica vera che non termina mai con cirrosi epatica; 2) la splenomegalia emolitica, vero *caput mortuum* delle anemie spleniche, come si esprime Aubertin, che è caratterizzata da un quadro di splenomegalia e di anemia perniciosa a carattere fatalmente progressivo; 3) la malattia di Banti; 4) le micosi della milza o splenomegalie siderotiche di Gamna.

Per quanto non tutti gli AA. sono d'accordo nell'accettare il termine di anemia splenica, comportando tale nome una confusione inevitabile tra malattie di patogenesi ed anatomia tutt'affatto differenti, pure, a scopo didattico e forse più terapeutico, noi crediamo sia utile di mantenerlo. Infatti in questo genere di anemie, qualunque sia la varietà che venga poi consta-

tata al tavolo operatorio, la splenectomia è quasi sempre indicata.

Ora, potendo noi scartare nella nostra inferma una micosi della milza ed un'anemia emolitica pura per la compartecipazione evidente del fegato al processo morboso, dovevamo noi ammettere un m. di Banti al 3° stadio oppure ritornare al concetto di cirrosi epatica ipersplenomegalica? Invero della malattia di Banti al 3° stadio presentava la nostra inferma i segni principali: tumore di milza duro, anemia, ascite e fegato ridotto di volume. Ma oltre apparire strano come il 2° periodo avesse potuto decorrere in maniera così silenziosa, come spiegare la febbre, l'ittero, la rapida comparsa dell'ascite e la sua regressione e sopratutto la formula leucocitaria del tutto differente da quella del m. di Banti? D'altra parte come ammettere una cirrosi epatica ipersplenomegalica giunta alla sua fase atrofica senza che l'inferma fosse scaduta nel suo stato generale e avesse mai presentato il più piccolo segno dispeptico? Nell'incertezza noi preferimmo inclinare verso la diagnosi di anemia splenica in genere e in particolare per il m. di Banti e proponemmo l'atto operatorio. Il risultato dell'atto operatorio, la biopsia e l'evoluzione poi confermarono la diagnosi di m. di Banti.

*
* *

Quali deduzioni possiamo ora trarre dal quadro clinico ed anatomico esposto?

È noto come da buona parte di studiosi, specialmente stranieri, è messa in dubbio l'individualità anatomica e clinica del m. di Banti. Eppinger e Rössle (per non citare che gli AA. più recenti e più autorevoli) farebbero rientrare il morbo di Banti, insieme con le cirrosi pigmentarie, nel gruppo delle cirrosi splenomegaliche, caratterizzate da cospicuo tumore di milza e dal fatto che in esse le lesioni epatiche sarebbero secondarie a quelle spleniche.

Delle tre forme delle cirrosi splenomegaliche di Eppinger, una accompagnata da ittero, l'altra da anemia talvolta a tipo pernicioso, la terza non accompagnata da ittero o accompagnata da ittero lieve più si avvicinerebbe per le caratteristiche cliniche ed anatomiche al m. di Banti. L'A. ritiene anzi che molti dei casi che vanno nella letteratura con la denominazione di m. di Banti in realtà appartengono alla 3ª forma in parola: per i rimanenti casi (appartenenti sempre a questa 3ª forma) Eppinger ne giustifica la separazione, anzitutto perchè la fibroadenia non corrisponde esattamente a quella descritta da Banti e poi perchè (nei suoi casi almeno) la malattia si sarebbe iniziata sempre con disturbi intestinali a sintomatologia di ittero catarrale. Interessante è che la splenectomia anche in queste forme di cirrosi, se fatta tempestivamente, può arrestare o ritardare, secondo gli AA., il decorso della malattia. Queste idee di Eppinger non hanno però incontrato il consenso generale. Nell'ultimo Congresso di Medicina Interna (1932) il D'Amato si dichiarava non favorevole al concetto degli AA. tedeschi, ritenendo troppo limitato il gruppo da essi così circoscritto di malattie epato-lienali in confronto delle cirrosi epatiche propriamente dette, dove anche la milza partecipa contemporaneamente e non secondariamente al processo cirrogeno. Per il D'Amato non è comunque da applicarsi al m. di Banti lo stesso concetto rapportuale che lega tra di loro le lesioni dei vari organi sia nelle cirrosi epatiche che nelle cirrosi ipersplenomegaliche. Nel m. di Banti esiste tra splenomegalia e cirrosi epatica un rapporto di precessione che non esiste nelle altre forme di cirrosi, sia che la causa morbosa in queste ultime si svolga a preferenza sul tessuto epiteliale del fegato, come avviene nelle cirrosi comuni, sia che si svolga nel tessuto reticolo-endoteliale, come accade nelle cirrosi ipersplenomegaliche. Per gli AA. tedeschi al contrario le cirrosi ipersplenomegaliche e più in generale le affezioni epato-lienali, alle quali il m. di Banti certamente appartiene, debbono essere considerate come affezioni sistemiche reticolo-endoteliali da separarsi nettamente, per la loro patogenesi, dalle cirrosi epatiche in senso stretto.

Ciò premesso, vediamo se dalla storia della nostra inferma possa ricavarsi un qualche filo logico che ci dia spiegazione degli episodi da cui fu caratterizzata la sua malattia.

Se noi esaminiamo dappresso la storia dell'inferma vediamo che l'unico dato che segnerebbe l'inizio probabile dell'affezione è rappresentato dall'episodio doloroso a sede ipocondrica destra, seguito da vomito e subittero verificatosi all'età di 12 anni. Poichè di calcolosi non poteva trattarsi dato il decorso piuttosto lungo dell'affezione (due mesi) e l'ittero che se di calcolo si fosse trattato, sarebbe stato più intenso e si sarebbe certamente accompagnato ad una più imponente sintomatologia dolorosa, nè di colecistite, poichè male ci spiegheremmo l'ittero, bisogna ammettere che l'inferma ammalò allora di un processo di epatite acuta di origine infettiva. Sembra (dalla storia) che questo episodio segnasse l'inizio del quadro anemico, da cui l'inferma non doveva più liberarsi e che culminò poi col quadro morboso che abbiamo descritto. Ora è noto che la cirrosi epatica può decorrere talvolta anche a lun-

go fino ai suoi ultimi stadî muta o quasi di sintomi, e che le caratteristiche istologiche della milza cirrotica, come ha per primo dimostrato Oestreich, non corrispondono a quelle di una milza da stasi, ma ad un processo di iperplasia della polpa, rilevabile fin dai primi stadî della malattia. Poichè il processo splenico, così concepito, deve in certo modo considerarsi autonomo nel suo sviluppo rispetto a quello epatico, nulla vieta di supporre che la causa della malattia cirrogena possa colpire in primo tempo in modo preminente la milza. In questo caso, ove si ammetta che la malattia epatica decorra in maniera insolitamente cronica e subdola, il tumore splenico passerà in primo piano assurgendo a malattia primaria, fino a che i primi segni clinici non tradiranno la sofferenza epatica.

Ma per accettare questa ipotesi dovremmo ammettere nella nostra inferma una continuità di malattia tra l'episodio epatico sopravvenuto all'età di 12 anni e la cirrosi atrofica del fegato constatata all'atto operatorio. Ciò che non crediamo sopratutto per il lunghissimo tempo intercorso (22 anni) tra l'una e l'altra affezione. È inverosimile infatti pensare ad una cirrosi epatica che per 22 anni, in un organismo in piena attività di sviluppo, si sia svolta silenziosa e senza il più piccolo segno di insufficienza epatica e di stasi portale.

Si potrebbe tutt'al più ammettere, sempre con una certa riserva, dato il lungo tempo intercorso, che l'agente infettivo che diede luogo al primo episodio di epatite abbia potuto per una semplice successione morbosa localizzarsi poi nella milza segnando l'inizio della malattia splenica caduta dopo 22 anni sotto la nostra osservazione.

Come allora interpretare l'episodio ittero, febbre, ascite presentato dalla nostra inferma al suo ingresso all'ospedale? Se l'episodio non poteva ascriversi a sintomo di una cirrosi epatica rimasta fino allora latente, dato anche il suo rapido apparire e il suo dileguarsi nello spazio di pochi giorni, quale poteva esser dunque la sua origine? Scartata la possibilità di una tromboflebite primitiva della splenica per le ragioni già dette nella discussione diagnostica e per la presenza nel caso nostro di ittero, complicanza molto rara ed episodio quasi terminale nel corso delle tromboflebiti primitive della splenica, potevamo attribuire la febbre, l'ittero, l'ascite ad una tromboflebite splenoportale complicante la splenomegalia Bantiana? Per quanto l'ascite sia stata posta dal Banti tra i fenomeni del terzo periodo e come tale attribuita alla cirrosi del fegato, pure il solo fatto di una trombosi complicante della splenica e della porta non potrebbe fare escludere il m. di Banti. se si ammette che un trombo può impiantarsi secondariamente su di una parete vasale già alterata da un processo flogistico sclerotizzante. E nella m. di Banti, come è noto, è molto frequente la endoflebite sclerotica cronica della splenica. Lo Ziegler infatti ammette, per spiegare le asciti che insorgono prima che il m. di Banti giunga allo stadio della cirrosi epatica (opinione questa espressa dal Senator, ma basata sui dati esclusivamente clinici) che sulla parete della vena porta e splenica già colpita dall'endoflebite sclerotizzante, come si osserva nel m. di Banti, possano depositarsi dei trombi, donde la stasi nel circolo portale e l'ascite più o meno voluminosa a seconda del grado di ostruzione dei vasi splenici e portali: ascite che può in seguito regredire e scomparire per la organizzazione e cicatrizzazione dei trombi. In favore di questa ipotesi starebbe nel caso nostro il ridursi notevole del tumore di milza contemporaneamente all'attenuarsi dell'ittero e al riassorbirsi dell'ascite. Ma a parte il fatto della mancanza di gastro- e di enterorragie atte a spiegarci la riduzione del tumore di milza, invero considerevole di fronte ad un'ascite sì modica, come conciliare con questa ipotesi il quadro ematologico speciale presentato dalla nostra inferma e l'ittero?

È noto che nella splenomegalia tromboflebitica il quadro anemico è a tipo clorotico con leucopenia qualche volta considerevolissima (anche sotto i 2000) e frequente linfocitosi relativa (Frugoni). Il contrario si avverava nella nostra inferma: anemia cioè a tipo pernicioso, con leucocitosi e neutrofilia relativa. L'anemia perdeva poi i suoi caratteri di perniciosità e la leucocitosi cedeva il posto alla leucopenia (come si ha nel m. di Banti), a mano a mano che il quadro acuto si dileguava e che l'ittero e l'ascite si attenuavano.

L'ittero d'altra parte era, nel caso nostro, del tipo degli itteri di origine epatica, ittero primitivamente dissociato e successivamente totale, cioè con ritenzione in circolo di sali biliari, pigmenti e colesterina. Se l'ittero era dunque di origine epatica, perchè attribuire all'ascite altra origine? È noto infatti, sopratutto per gli studi di Abrami e Wallich, che all'ascite dei cirrotici non si attribuisce oggi una genesi esclusivamente meccanica, ma che l'ascite, come gli edemi, sono anche una diretta conseguenza dell'alterata funzione della cellula epatica che regola, allo stato normale, il metabolismo dell'acqua. Ne deriva che l'ascite, come l'ittero, può inserirsi nel corso di una cirrosi

pur non rappresentando una tappa evolutiva di questo, ma solo un episodio di epatite parenchimatosa suscettibile di arresto e di regressione.

Noël Fiessinger, Albot e Thiébaut sottolineano la frequenza di queste *poussées* di epatiti parenchimatose nel corso delle cirrosi volgari e concludono dicendo che l'ittero sempre, l'ascite qualche volta, gli edemi sovente, sono delle complicazioni e non dei sintomi della cirrosi.

Così interpretando i fatti, noi pensiamo che un incendio improvviso, ad insorgenza epatica e scatenata da un ignoto agente tossico o infettivo, abbia a un certo punto nella nostra inferma aperto la scena al quadro morboso che andava da lunghissimi anni silenziosamente svolgendosi: che a questo episodio epatico abbia immediatamente seguito una reazione diffusa del sistema reticolo-endotelio, già colpito dal processo morboso, donde un ulteriore ingrandimento della milza ed un quadro ematologico a tipo di anemia perniciosa.

Questa interpretazione trova un appoggio nelle teorie di Aschoff e della sua scuola, per cui il m. di Banti deve essere incluso tra le malattie sistemiche dell'apparato reticolo-endoteliale, insieme con la cirrosi ordinaria del fegato, nella quale il processo morboso epatico e quello splenico sono verosimilmente da concepire come malattia identica determinata da un comune agente. Il sistema reticolo-endoteliale sarebbe cioè in queste malattie l'organo sistematicamente leso, comunque la causa morbosa vada primitivamente ed esclusivamente a localizzarsi su l'una o l'altra delle sue sezioni. Non dissimile, fondamentalmente, crediamo, sia la concezione di Cesa Bianchi, se si toglie il suo dissenso per ciò che riguarda le cirrosi epatiche comuni che non possono e non debbono, secondo questo A., essere comprese nel capitolo delle malattie epato-lienali, malattie queste ultime sistematiche dell'apparato reticolo-endoteliale, a cui appartengono i tre tipi fondamentali delle anemie splenomegaliche rappresentate dall'anemia perniciosa, dall'ittero emolitico e dalle cirrosi splenomegaliche, alle quali ultime certamente appartiene anche il m. di Banti.

Come questo A. ha affermato la frequente osservazione in pratica di forme di transizione tra itteri emolitici cronici e anemie perniciose a tipo Biermer e itteri emolitici e cirrosi splenomegaliche, non è impossibile che anche forme di transizione esistano tra cirrosi splenomegaliche, m. di Banti ed anemia perniciosa.

Anche noi propendiamo per una concezione unica patogenetica di queste varie forme morbose e crediamo che le malattie facenti parte del gruppo delle anemie splenomegaliche rappresentino forse un'unica affezione dipendente da molteplici cause note o ancora ignote, a sintomatologia varia a seconda dell'agente etiologico e a seconda che questo agente si localizzi primitivamente ed elettivamente sul sistema reticolo-endotelio dell'uno o dell'altro organo facente parte di questo sistema (milza, fegato, ghiandole linfatiche, midollo osseo).

L'individualità nosografica del m. di Banti non può tuttavia essere scossa da questa concezione. Se pure la sclerosi fibroadenica non è una lesione specifica del m. di Banti e il suo decorso clinico può essere mentito da altre malattie (varietà senza ittero delle cirrosi splenomegaliche di Eppinger, splenomegalia tromboflebitica, sifilide epatosplenica) resta di fatto ehe la successione morbosa quale fu tracciata dal Banti non è comune ad altre malattie e che la precessione delle lesioni spleniche sulle epatiche è resa evidente dall'esito favorevole della splenectomia, più che non succeda per le cirrosi ipersplenomegaliche di Eppinger, dove i risultati sono tuttora incerti e contradittori.

RIASSUNTO.

L'A. espone un caso di m. Banti, discutendone i sintomi e soffermandosi brevemente su alcune particolarità cliniche e sulla patogenesi delle sindromi a tipo Bantiano.

BIBLIOGRAFIA.

ABRAMI e WALLICH. Soc. de Biol., t. CI., n. 18.

BASTAI. Haematol., vol. III, Policlin., Sez. Med.), 1925, 2.

BENHAMON. *Le anemie spleniche*. La Rivista Sanitaria, 1932, 4.

CAUCHOIS. *Splenomég. chron. d'orig. pylétr.* Thèse de Paris, 1908.

CESA BIANCHI. *Le splenopatie*. L'attualità medica, 1961; Ibid., Rassegna clinico-Scientifica, 1932-12.

D'AMATO. Atti del Congresso di Medicina Interna, 1932.

DONINI. *Presentazione di un caso di m. di Banti diagnosticato per splenomegalia tromboflebitica.* Gazzetta degli Osp. e delle Clin., 1932, 24.

EPPINGER. *Epatolien-Erkr.* Springer, 1920.

N. FIESSINGER, ALBOT e THIÉBAUT. *Les poussées d'hépatite parenchymateuse, ecc.* Presse Méd., 8 giugno 1932.

FONTANA. *Trombosclerosi lieno-portale con splenomegalia.* Arch. Ital. di Anat. e Istolog. Patol., 1931, 4.

FRUGONI. *La splenomegalia tromboflebitica primitiva.* Arch. di Pat. e Cl. Med., 1924; Ibid., Minerva Med., 1928.

GAMNA. Haemat., vol. IV.

GANGITÀNO. *Splenectomia ed operazione di Talma per m. di Banti al 3° stadio.* Gaz. Osp. e delle Clin., 1912, 117.

GILBERT et LEREBOULLET. *La m. di Banti existe-t-elle?* Revue de Méd., 1904, p. 893.

ISAAC. Berl. Klin. Woch., 1912, 42.

LEPHÈNE. D. A. f. Kl. Med., Bd. 143.

LAPICCIRELLA, Rivista di Clinica Med., 1929, p. 492.
MARIN. Minerva Med., 1293, 220 e 21.
ID. *M. di Banti e sindromi Bantiane.* Il Policlinico, Sez. Med., 1926.
MATSUI. Ziegl. Beit. Bd. 60.
MENNET. Virchow Arch., Bd. 227.
MICHELI. Arch. Scienz. Med., 1909, 17; Minerva Med., 1924, 10 e 11; Ibid., 1925, 1.
OETTINGER et FIESSINGER. *M. di Banti.* Revue Méd., déc. 1907.
OLIVA. *Le splenomegalie.* La cultura med. mod., 1931, 31.
OESTREIGH. Virch. Arch., Bd. 1918.
SENATOR, Berlin Kl. Woch., 1904, 46; Deut. Klin., Bd. III.
SIMMONDS. Virch. Arch., Bd. 207.
SISTO. Policlin., Sez. Med.), 1915.
TANSINI e MORRONE. Riforma Med., 1913, 1-4.
WEIL. Paris Méd., 1919.
WINKLER. Frank-Zeit., Bd. 17.
WOHLWILL. Virch. Arch., Bd. 254.
ZIEGLER. K. Ergh. der Chirurg., Bd. 8.

RIVISTE.

La dieta ad alto contenuto di carboidrati nel diabete.

La questione del tipo di dieta da adottarsi nel diabete è sempre stata della massima importanza. Soltanto, però, quando si è tenuto strettamente conto dei princìpi della fisiologia e soprattutto in base agli esperimenti di Allen sui cani spancreatizzati, s'è arrivati a stabilire una dieta su basi scientifiche, che è stata ed è tuttora di grande aiuto nel trattamento del diabete.

È noto in che cosa consista il metodo di Allen: tenere il paziente a digiuno a sola dieta idrica fino a scomparsa totale della glicosuria; saggiare poi la tolleranza agli idrati di carbonio, incominciando con piccole quantità ed aumentando gradatamente fino alla ricomparsa della glicosuria; mantenere poi la dieta leggermente al disotto dei limiti raggiunti, bilanciandola in modo da fornire un adeguato numero di calorie. È però necessario evitare di raggiungere il numero adatto di calorie mediante un'eccessiva quantità di grassi, tenendo presente la pittoresca espressione di Naunyn che i grassi bruciano al fuoco degli idrati di carbonio. Ci si potrebbe pertanto regolare secondo la formula di Woodyatt, in cui i rapporti fra i grassi (G), i carboidrati (C) ed i proteici (P) sono espressi da : $G = C \times \frac{P}{2}$. *Grosso modo*, per 1 di C, 1,5 di P e 3 di G.

Anche con questa proporzione, però, si corre il rischio della chetosi, per evitare la quale è necessario che la quantità dei carboidrati sia almeno uguale a quella dei grassi. Tale dieta è inoltre inadatta per i bambini ed inapplicabile nei casi di tolleranza minima per gli idrati di carbonio.

La scoperta dell'insulina ha permesso una maggiore liberalità nella dieta e man mano si è fatta strada la convinzione dell'utilità di una dieta a largo contenuto di carboidrati, che si avvicini a quella normale in cui questi sono in quantità almeno doppia e tripla di quella rispettiva delle proteine e dei grassi.

L'adozione di tale tipo di dieta è resa più agevole in quanto che l'osservazione ha dimostrato anzitutto che il fabbisogno di insulina non è strettamente proporzionale alla quantità di idrati di carbonio ma che diminuisce (relativamente) con l'aumento di questi. Sicchè se, nel limite di 15-20 unità, è necessaria un'unità di insulina per il metabolismo di 1 grammo di idrati di carbonio, l'aggiunta di altre 10 unità è sufficiente per 30 grammi di carboidrati e, per ulteriori 30 grammi ne bastano anche meno. Inoltre, in progresso di tempo, la tolleranza viene generalmente aumentando, sicchè la quantità di insulina può essere ridotta.

P. es., G. von Lebinsky (1) ne riporta diverse osservazioni in persone di oltre 50 anni. In una donna con tolleranza di 70-100 grammi di idrati di carbonio, che abbisognava di 20 unità di insulina, questa potè essere gradatamente abolita, dopo l'uso di una dieta mista. In un'altra, per cui erano necessarie 60 unità al giorno, la si ridusse dapprima a 40, poi a 20 ed infine si abolì del tutto somministrandone soltanto nei giorni in cui la paziente faceva qualche lieve stravizio.

VANTAGGI DELLA DIETA CON MOLTI CARBOIDRATI.

La dieta ad elevato contenuto in carboidrati offre diversi vantaggi:

1) Si evita anzitutto il pericolo della chetosi e quindi del coma.

2) Si diminuisce la quantità di proteine, il che è utile, sia perchè una certa proporzione di queste può cambiarsi in grasso e quindi contribuire alla produzione di chetosi, sia perchè la dieta ad alto contenuto proteico favorisce l'elevamento della pressione sanguigna e l'arteriosclerosi; l'uno e l'altra sono anche favoriti dall'aumento di colesterina nel sangue, connesso con una dieta ricca di grassi.

3) Si dà al diabetico un altro tono di vita, restituendolo ad un vitto quasi normale, simile a quello dei famigliari, senza costringerlo ad ingerire una dieta più o meno monotona e spesso poco gradita e si rendono meno frequenti i sotterfugi a cui spesso egli ricorre per concedersi dei cibi di suo gusto.

4) Si possono così somministrare più facilmente vitamine e sostanze minerali entrambi costituenti importanti di cui bisogna tener conto specialmente nelle diete imposte.

---

(1) *Freie Diät beim Erwachsenendiabetiker.* Med. Klinik, 31 marzo 1933.

5) Secondo le osservazioni di Bang (1), la riduzione della quantità di carboidrati porta, oltre che a chetonuria, ad urobilinuria. La dieta ad alto contenuto in carboidrati avrebbe quindi anche un buon effetto sulle funzioni epatiche, il che può sembrare paradossale perchè il fegato viene in tal modo soggetto ad un maggior lavoro. Ma si può pensare che l'insulina prepari tali princìpi alimentari ad un tale stadio che il carico del fegato ne venga anzi ad essere diminuito, in quanto che la riduzione dei grassi ha indubbiamente un effetto favorevole. L'argomento è stato largamente discusso al Congresso in cui Bang ha fatto la sua relazione.

6) La concomitanza di un processo nefritico è abbastanza frequente nel diabete che si manifesta dopo la cinquantina. È un fatto a cui gli studiosi che si sono occupati del diabete hanno rivolta finora scarsa attenzione e che invece pone spesso il medico in un grave imbarazzo, poichè sarebbe necessario tener molto bassa la razione proteica per la nefrite e limitare la quantità di carboidrati per il diabete. Il dilemma può risolversi usando la dieta ad alto contenuto di carboidrati.

7) Nel diabete dei bambini e dei giovani, tale dieta diventa una necessità per potere sopperire alle richieste di un organismo in via di accrescimento.

LE MODALITÀ DI ESECUZIONE.

Il concetto di fornire una dieta ad alto contenuto in carboidrati non deve essere preso tanto alla lettera da fornirne un eccesso; è quindi consigliabile di tenersi al disotto di 300 grammi e, possibilmente, accontentarsi di 150-200. Il problema è più difficile in popolazioni che, come la nostra, sono abituate ad un largo uso di tali alimenti; ma il diabetico deve tenersi in mente che, nonostante i vantaggi che le nuove scoperte e vedute gli portano, sono pur sempre necessarie per lui delle limitazioni nell'alimentazione. Soprattutto da evitare è l'uso di dolci e di zucchero.

S. C. Dyke (2) consiglia di essere, sul principio, piuttosto larghi nella somministrazione di insulina: 100 e più unità al giorno, in 4 volte, o più spesso se vi è minaccia di coma. La quantità varia evidentemente secondo lo stato in cui si trova il diabetico all'inizio della cura. Se la glicemia è del 3/1000 od oltre, si daranno al mattino 40 unità, al mezzogiorno 10 ed alla sera 20, aumentandole se necessario e tenendo presente che la dose del mattino sia la più elevata e quella del mezzodì la minima. Si continua fino a che la glicemia sia normale e la glicosuria sia scomparsa, mantenendo sempre la quantità dei carboidrati sui 100 grammi. Si aumenteranno in seguito le calorie a 2000 ed i carboidrati a 125-150 grammi al giorno.

(1) Acta medica scandinava, suppl. I, 1932. Resoconto del XV Congresso scandinavo di Medicina.

(2) *Increased carbohydrate in the treatment of diabetes mellitus.* The Lancet, 7 maggio 1932.

Dopo un certo tempo, può comparire qualche segno di ipoglicemia il che costituisce un buon segno; in tale evenienza il paziente terrà a portata di mano qualche pezzetto di zucchero, da ingerire non appena avverte qualche segno di tal fatta. Si può allora incomiciare a ridurre la quantità di insulina, dapprima diminuendo e poi sopprimendo la iniezione del mezzogiorno. Quando si è arrivati a 40 unità o meno, la si può dare in una sola volta al mattino, consigliando al paziente di prendere in tale occasione 10-15 grammi di carboidrati (1/4 di litro di latte, od una fetta di pane od un centinaio di grammi di frutta).

A questo periodo, si deve consigliare al paziente (che all'inizio della cura è bene tenere in letto con una dieta di 1000-1200 calorie) ad esplicare la massima attività possibile e si eleverà il contenuto delle calorie a 2000-2200 per gli individui che esercitano professioni sedentarie ed a cifre più elevate per i lavoratori manuali.

L. Zoia (1) consiglia di porre il diabetico alla dieta libera, con 35 calorie e non oltre gr. 0,75 di proteina, per kg. di peso. Si somministrano poi l'insulina, partendo da 5-20 unità al giorno fino ad arrivare quasi alla aglicosuria, mantenendosi stazionari per 2-3 giorni e riducendo (od eventualmente aumentando) poi cautamente l'insulina stessa.

Una particolare attenzione nel regolare la scelta dei vari alimenti va rivolta anche alla reazione dell'urina che per alcuni, come W. Sansum (2) dovrebbe essere addirittura alcalina al tornasole, secondo altri, come p. es. Ph. Bayer (3), neutra o quasi. La dieta che dà urine acide provocherebbe anche altri sintomi, quali minzione frequente e dolorosa, dispepsia acida, cefalee biliose, ecc.; inoltre i cibi che danno ceneri acide tendono a produrre ipertonia.

È da osservarsi però che non si devono trascurare le attitudini generiche della specie umana. Gli erbivori eliminano urine alcaline, mentre i carnivori le emettono acide; quelle dell'uomo, che è onnivoro, dovranno avere una certa acidità che S. C. Dyke (*loc. cit.*) vorrebbe con un pH non inferiore a 5,5. Del resto, per il diabetico non è tanto l'acidità globale che può essere pericolosa, quanto quella specifica dovuta ai corpi chetonici.

Ad ogni modo, è bene conoscere quali sono i cibi che danno ceneri acide od alcaline in modo da sapersi regolare nella dieta, tanto più che ve ne sono di quelli i quali, pure avendo sapore acido (aranci, limoni) danno invece ceneri alcaline.

(1) *Il Diabete.* Relazione al XXXVII Congresso di Medicina Interna. L. Pozzi, ed., Roma, 1931.

(2) *Treatment of Diabetes mellitus.* London, 1930.

(3) *Recent advances in the diagnosis and treatment of diabetes mellitus.* South African Medical Journal, 28 gennaio 1933.

Diamo qui un elenco (preso dal lavoro di Bayer) dei vari cibi, riuniti secondo la reazione delle loro ceneri.

Alimenti a ceneri neutre. Burro, crema, zucchero, tapioca, lardo, farina di granoturco preparata.

Alimenti a ceneri acide. Pane, cereali in genere, biscotti, uova, merluzzo, carne di bue, di vitello, di pollo, di maiale, di coniglio, farina di avena, pistacchi, riso, prugne.

Alimenti a ceneri alcaline. Mandorle, mele, banane, fave, fagioli e legumi in genere, rape, cavoli, carote, cavolfiori, sedano, ribes, limoni, aranci, pesche, patate, uva passa, navoni, latte.

Vi sono poi delle diete, pure a contenuto in carboidrati abbastanza elevato che possono darsi anche senza insulina o quasi. Tale è quella proposta da L. M. Rabinowitch (1), che consiste essenzialmente nel ridurre al minimo i grassi (50-55 grammi al giorno) ed anche i proteici e nell'abbondare invece in frutta e vegetali ed anche in pane.

La riferisco nei principali particolari. È così composta:

1) Un solo uovo a colazione.

2) Proibizione di prosciutto (bacon), carni e pesci grassi.

3) Quantità di burro limitata a 10 grammi per pasto.

4) Mezzo bicchiere (circa 120 cmc.) di latte ad ogni pasto.

5) Carne (molto magra!) o pesce in quantità di non oltre 45 grammi, a colazione od a pranzo.

6) Frutta o verdure al 5-10-15 per cento di carboidrati; tutte permesse, sia per la piccola quantità di carboidrati contenuti in esse in confronto con la quantità totale della dieta, sia perchè quelle al 15 per cento risultano da analisi recenti così rare che, variando la somministrazione delle diverse frutta o verdure si evita sempre un eccesso.

7) Il resto della dieta è costituito dal pane, di cui le quantità variano a seconda delle esigenze caloriche individuali, da 9 a 12 o più fette di pane; ognuna di esse contiene circa 18 grammi di carboidrati, 3 di proteina e 0,5 di grasso e corrisponde a 70 calorie.

Nel caso che il fabbisogno calorico sia di oltre le 1800 calorie, sarebbe necessaria un'eccessiva quantità di pane, che invece può essere sostituito da frutta o vegetali al 20 % di carboidrati, come patate o banane o minestre di cereali.

Tale dieta, osserva Rabinowitch, è praticabile anche senza uso di insulina; se questa si rende necessaria, le dosi e la frequenza di somministrazione sono minori che con la dieta generalmente usata.

O. Porges e D. Adlersberg (1) dànno pure indicazioni pratiche su queste diete con scarsa quantità di grassi, distinguendone due tipi: quello per malati leggeri senza insulina e quelli per casi di media gravità o gravi. Riporto le quantità determinate dagli AA. per i primi: 1) nei grassi, 250-300 grammi di carne, 3-6 uova, 100 gr. di formaggio magro, 200 gr. di pane o pasta, 1/8 di litro di latte, burro grammi 0,30; 2) per individui in stato normale di nutrizione: carne gr. 200, 3-4 uova, 50-80 gr. di formaggio magro, 150-200 gr. di pane o pasta, 40-70 gr. di burro, 125-250 cmc. di latte. In entrambi i casi, ottenuta la scomparsa dello zucchero dall'urina, si sostituiscono gradatamente le proteine con i carboidrati (verdure, frutta) fino al limite di tolleranza.

Nil sub sole novi, del resto, chè diete analoghe sono state usate anche nei tempi preinsulinici, come quella a base di avena (Haferkur di Naunyn) o addirittura di maccheroni.

Risulta, in complesso, che la dieta del diabetico non si presenta più con le ferree restrizioni di un tempo; specialmente con una giudiziosa applicazione dell'insulina, il diabetico può pertanto esser messo ad un vitto normale o quasi, purchè sottoposto ad una cura ben diretta e tenuto in osservazione.

A. FILIPPINI.

---

(1) *High carbohydrate-low calory diet in diabetes mellitus.* Canadian Med. Assoc. Journ., rif. in Journ. Amer. Med. Assoc., 22 nov. 1930, vol. 95.

(1) *Die praktische Durchführung der Ernährung des Zuckerkranken mit fettarmen Kostformen nebst Anweisungen für die Diätkuche.* Urban e Schwarzenberg, Berlin, 1929.

Una rivista sull'argomento (*Le traitement du diabète sucré par un régime pauvre en graisses*) hanno pubblicato gli stessi AA. in *Presse Médicale*, 11 marzo 1933, riportando diversi esempi molto dimostrativi.

SUNTI E RASSEGNE.

ALLERGIA.

Anafilassi da latte.

(CH. RICHET FILS e FR. SAINT-GIRONS. *Journ. Méd. Franç.*, gennaio 1933).

I sintomi anafilattici, quale che sia la natura dell'antigene, sono in generale sempre gli stessi. Ma l'anafilassi da latte ha caratteristiche particolari; la sua frequenza nei primi anni di vita, l'intensità degli accidenti in certi casi nei lattanti e anche nei bambini, la facilità relativa della sua riproduzione sperimentale, danno all'anafilassi da latte una individualità che non hanno gli stati anafilattici dovuti ad altri antigeni.

Quando un soggetto non digerisce il latte, si deve considerare trattarsi di uno stato anafilattico? A questo quesito è impossibile rispondere in modo assoluto. È certo che, se certi casi dipendono da anafilassi, alcuni inconvenienti, p. es. la pesantezza dopo i pasti o la costipazione sono di natura differente.

La natura del latte e il terreno del soggetto anafilattizzato meritano di essere studiati con qualche dettaglio.

La frequenza dell'anafilassi da latte è considerevole. È discusso se esista anafilassi per il latte crudo come per il latte bollito. L'antigene anafilattico è quasi sempre il latte di vacca.

La nozione del terreno è capitale. I bambini sembrano più frequente anafilattizzati. Il fatto si spiega facilmente, dato che i bambini consumano più latte degli adulti e d'altra parte se l'adulto crede di mal sopportare il latte, cessa di prenderne.

Nel bambino è classico ammettere che il lattante ne sia particolarmente affetto, ma ciò non sembra agli AA. evidente. Nel lattante gli accidenti sono più gravi ma meno frequenti che dai due ai cinque anni.

L'anafilassi da latte può essere ereditaria o, senza essere ereditaria, congenita. L'anafilassi acquisita è però più frequente. Le modalità di essa sono però molto variabili. Quando la madre si nutre con molto latte di vacca, può l'allergene del latte di vacca passare per la ghiandola mammaria della donna. Ma più frequentemente il meccanismo è diverso.

I bambini, alla nascita, prima che la secrezione lattea della madre si sia stabilita, sono nutriti con latte di vacca. Poi, dopo alcuni mesi di allattamento materno, sono rimessi a latte di vacca, per il quale si sono anafilattizzati.

Gli AA. ritengono che, se questi meccanismi hanno importanza, la sensibilizzazione, di regola, si verifica per un pasto troppo copioso o per lesioni intestinali che permettono un assorbimento massivo di un latte insufficientemente trasformato.

L'anafilassi da latte si può presentare sotto varie forme: la grande anafilassi, la piccola anafilassi, le anafilassi dissociate e l'anafilassi cronica.

La grande anafilassi è appannaggio dell'infanzia. Gli accidenti scoppiano molto presto dopo l'ingestione del latte di vacca (da uno a trenta minuti) e sono tanto più gravi quanto più è corto il periodo di incubazione. Il bambino diviene molto pallido, con tendenza alle lipotimie e alla sincope, raffreddamento delle estremità, vomiti frequenti, diarree abbondanti, urticaria o eritema e talora febbre elevata. Più raramente si hanno all'inizio convulsioni. L'insieme è allarmante e la morte può intervenire in collasso.

La piccola anafilassi, molto più frequente, si manifesta con gli stessi sintomi della grande anafilassi, ma più attenuati. Dopo ogni ingestione, talora a dosi minime, di latte di vacca, il soggetto presenta dei disturbi digestivi, delle eruzioni, più raramente asma, tosse spasmodica, ittero.

L'evoluzione è variabile. Talora od ogni ingestione di latte, i disturbi si aggravano, talora, a forza di ripetersi, questi disturbi possono determinare inappetenza, anemia, ecc.

Nelle anafilassi dissociate le manifestazioni anafilattiche si presentano isolate; la loro origine anafilattica non è evidente e deve essere ricercata e dimostrata. Al primo posto, fra questi accidenti, bisogna mettere l'asma, l'urticaria e l'edema di Quincke, poi l'emicrania, alcuni eczemi, alcune porpore, alcune gastroenteriti e altri sintomi digestivi.

Nell'anafilassi cronica l'origine anafilattica non è sempre facile a mettere in evidenza. Si tratta sopratutto di lattanti che, alimentati con latte di vacca, e senza presentare disturbi digestivi evidenti, dimagrano finchè non si modifica il loro regime e ad ogni tentativo di rialimentazione con latte di vacca. Si tratta insomma di bambini che sopportano male il latte e che migliorano solo quando il latte viene soppresso.

I mezzi diagnostici che permettono di provare che una sindrome o un sintoma dato è causato da anafilassi sono svariati. Per poter parlare di anafilassi da latte occorre innanzi tutto che il latte sia di qualità irreprensibile e sia somministrato convenientemente. È poi necessario, al di fuori dell'anafilassi cronica: 1) che gli accidenti si manifestino immediatamente dopo l'ingestione del latte; 2) che essi non si siano prodotti alla prima ingestione del latte (con riserva per la possibilità di una anafilassi ereditaria); 3) che essi si manifestino ad ogni nuovo tentativo di abituare il soggetto all'alimento per il quale è sensibilizzato.

Quanto ai metodi biologici di indagine, le cutireazioni, praticate con latte puro o diluito o con caseina, lactalbumina, lactoglobulina, burro danno risultati molto incostanti; le intradermo-reazioni sono ugualmente infide e possono dare inconvenienti; le iniezioni sottocutanee, purchè praticate a dosi molto deboli

(5 gocce disciolte in mezzo centimetro cubo di siero artificiale) possono essere utili: se il soggetto non è sensibilizzato, la reazione è nulla o tardiva e leggera, in caso contrario rapidamente si ha febbre, pallore, abbattimento, vomiti, diarrea, tendenza al collasso e arrossamento locale con edema doloroso; la reazione di Prausnitz Kustner (iniezione nel derma di un soggetto sano di 1-2 decimi di cc. di siero sospetto e iniezione nello stesso punto, dopo 24 ore, di una traccia di antigene corrispondente; la reazione positiva si manifesta dopo 30' con eritema, edema e talora orticaria; è necessario praticare una reazione di controllo con il siero di un soggetto non sensibilizzato) ha dato risultati eccellenti; la ricerca dell'anafilassi passiva frequentemente fallisce.

Data l'importanza che ha il latte per il bambino, non si può sopprimerlo dall'alimentazione senza prima aver tentato l'impiego dei metodi di trattamento dell'anafilassi.

Il trattamento dello shock anafilattico è unicamente sintomatico: adrenalina, caffeina, olio etero-canforato, bagni tiepidi, dieta idrica assoluta per 24 ore. La rialimentazione sarà cauta, utilizzando latte di donna o di asina o anche di capra.

La desensibilizzazione potrà essere realizzata per vie differenti: per via digestiva, facendo ingerire del latte di vacca a dosi infime (da 1/10 di goccia a 1-2 gocce in dieci giorni, poi aumentando molto più lentamente); per via sottocutanea (iniezione sottocutanea di latte a dosi progressive, fino ad ottenere una reazione; meno di 24 ore dopo il soggetto tollera il latte ingerito); per via intradermica (iniezioni intradermiche di latte, in serie di 10-12); con metodi indiretti (somministrazione di succo gastrico, di estratto pancreatico, di estratto epatico, autoemoterapia, autosieroterapia, iniezione di sangue laccato, di iposolfito di sodio o di magnesio, opoterapia tiroidea o ipofisaria, atropina, gardenal, adrenalina, raggi ultravioletti). C. TOSCANO.

Alcuni dati sul trattamento desensibilizzante della febbre da fieno.

(K. HANSEN. *Deutsche Mediz. Woch.*, 10 febbraio 1933)

L'A. rende noti i risultati avutisi nel 1932 coll'applicazione terapeutica dell'estratto pollinico da lui composto («Helisen»); esso rappresenta un estratto combinato misto di molte specie che si sono dimostrate patogene; ad esse quest'anno veniva aggiunta anche la Segala Cereale con un ulteriore miglioramento dei risultati terapeutici; su 316 casi trattati si ebbero 28 % di guarigioni complete, 42 di notevole miglioramento, 20 di discreto miglioramento, 10 % senza effetto; ma anche in quest'ultimi si osservò scomparsa di crisi asmatiche precedentemente esistenti in qualcuno.

L'A. non ha potuto costatare direttamente se il successo maggiore non sia semplicemente dovuto a fattori atmosferici che provocano la diminuzione della quantità di polline nell'atmosfera, non avendo gli strumenti occorrenti per la misurazione di questa (esistenti in America); indirettamente però ha potuto rilevare che l'andamento generale della febbre da fieno era analogo a quello degli anni precedenti.

Egli rileva inoltre che la spiegazione della variabile intensità dei sintomi di singoli malati nelle identiche condizioni atmosferiche deve cercarsi nelle modificazioni della disposizione individuale; vi ha una gran parte anche la esposizione.

Gli insuccessi ancora relativamente frequenti sono da attribuirsi a presenza di altri antigeni non ancora identificati (ne è la dimostrazione la miglioria ottenuta con aggiuta della Segala); oltre alle polline altri componenti dell'aeroplancton come polvere delle case, delle crine, della farina fungono spesso da antigeni accessori. Torna opportuno rilevare però che la desensibilizzazione specifica esplica sovente anche un'azione non specifica proteggendo contro gli antigeni accessori talvolta non identificabili.

Il trattamento essendo profilattico dev'essere concluso della fioritura delle graminacee (verso il 20-V); visto che l'efficacia è spesso funzione della durata e dell'altezza della dose raggiunta è raccomandato l'inizio precoce della cura fra il 1° febbraio fino al 1° aprile.

Le controindicazioni e inconvenienti della cura desensibilizzante sono scarsi; essa può essere applicata anche ai bambini (con dosi proporzionalmente ridotte); per evitare le reazioni che talvolta possono giungere fino allo choc (del resto senza conseguenze patologiche) ci si attenga ad aumento graduale delle dosi; non si pratichi l'iniezione nelle donne in premestruo (3-4 giorni) che rappresenta un periodo di ipersensibilità; nella gravidanza il choc poi rappresenta un'evenienza pericolosa per il feto (edema placentare). Sembra che la desensibilizzazione sia poco efficace nei vecchi; l'A. però in un uomo di 70 anni ha potuto ottenere una guarigione completa. L'azione della cura supera difficilmente un anno; va perciò ripetuta annualmente. S. MINZ.

Effetto della filtrazione dell'aria nella febbre da fieno e nell'asma da pollini.

(B. Z. RAPPAPORT, TELL NELSON e W. H. WELKER. *The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 28 maggio 1932).

Il primo lavoro sulla filtrazione dell'aria è quello di Storm Van Leuwen (1924) che descrive delle camere libere da «miasmi» in cui si pompava dell'aria filtrata. I risultati erano ottimi, perchè alcuni malati erano notevolmente sollevati e altri completamente liberati dall'asma solo passando la notte in una

camera così preparata. L'anno seguente Leopolds studiò degli asmatici che, oltre a servirsi di una camera libera da miasmi, erano ivi tenuti sotto controllo e regolazione della temperatura e dell'umidità. Ma queste camere erano troppo costose per entrare nella pratica corrente.

Cohen, nel 1926, 1927 e 1928, descrisse apparecchi filtranti più semplici e che si potevano applicare alla camera del paziente e un nuovo filtro fu pure descritto nel 1930 da Pehkin e Beck.

Gli AA. di questo articolo ne hanno adoperato uno fatto costruire da loro in modo da permettere quotidianamente il cambiamento del filtro.

La conta dei pollini nell'aria ha dimostrato nelle camere con aria filtrata una scarsissima quantità di pollini rispetto all'aria esterna e precisamente nella camera filtrata c'era dal 94,5 al 99 % di meno che nell'aria esterna.

Furono esaminati 105 casi di asma, ognuno per 7 giorni soli, durante i quali i pazienti entravano nella camera la sera per uscirne la mattina seguente alle 10.

C'erano 35 malati di febbre da fieno di tipo autunnale, non complicata. Nell'83,2 % dei casi ci fu scomparsa dei sintomi in una media di 3 ore e mezza; nel 7,5 % nessun miglioramento; nel 13,9 % ci furono attacchi notturni di febbre da fieno. La maggior durata della malattia nei pazienti messi in queste camere fu osservata nel periodo in cui maggiore è la quantità dei pollini nell'atmosfera esterna.

In 10 malati che avevano febbre da fieno e asma, la scomparsa dei sintomi fu ottenuta in media in ore 1,20 di permanenza nella camera; ed alcuni di questi malati ebbero anche fortissimi attacchi di asma durante la notte, quindi proprio durante la loro permanenza nella camera.

Furono esaminati 21 ammalati di asma da pollini; due se ne andarono dopo una sola notte non avendo notato alcun miglioramento. Gli altri furono osservati per 2-7 giorni, rimanendo continuamente nella camera. In due casi si dovette ricorrere all'adrenalina per sette giorni; negli altri dopo qualche giorno (2 o più) l'adrenalina non era più necessaria. L'asma si è dimostrata meno violenta nei giorni di pioggia e nei giorni seguenti, quindi c'è un rapporto netto fra asma ed umidità dell'aria. Solo in due casi scomparvero completamente l'espirazione prolungata e i sibili e non si ebbero attacchi asmatici nelle 24 ore successive alla dimissione dalla camera. 4 dei pazienti che erano rimessi dall'attacco asmatico ma presentavano ancora sibili ebbero un attacco da 1/2-1 ora dopo aver lasciato la camera.

Queste osservazioni concordano con quelle di Cohen, nel senso che la permanenza nella camera con aria filtrata è più efficace nella febbre da fieno che nell'asma da pollini.

R. LUSENA.

L'asma di origine idatidea.

(J. C. MUSSIO-FOURNIER, C. SÉOANE, F. ROCCA e J. C. BARZANTINI. *Arch. Méd.-Chir. de l'app. respiratoire*, 1932, n. 4).

Dopo i classici lavori di Chauffard e della sua scuola, nessuno ormai più ignora l'esistenza di fenomeni anafilattici nel corso di una malattia idatidea. L'orticaria, di origine anafilattica, è infatti uno dei fenomeni più frequenti nel corso di questa affezione.

Gli AA. riferiscono su di alcuni casi clinici, dallo studio critico dei quali risalta evidente l'esistenza di rapporti diretti fra fenomeni asmatici e intossicazione idatidea.

In un caso si trattava di una paziente di 43 anni, entrata in ospedale per fenomeni parkinsoniani post-encefalitici e per tubercolosi polmonare. D'improvviso, durante la degenza, la paziente è colpita da vivo dolore all'ipocondrio destro, irradiantesi all'epigastrio, accompagnato da nausea e da forte dispnea di tipo espiratorio, con tutti i caratteri di un attacco asmatico, anche all'ascoltazione. Subito dopo tutto il corpo si copre di orticaria e infine appare un edema di Quincke, localizzato al mento, alle labbra e alla lingua.

Tutto questo quadro clinico dura appena venti minuti e sparisce senza alcun intervento terapeutico. Persiste soltanto un vivo dolore in corrispondenza della regione vescicolare e una leggera tumefazione del lobo destro del fegato. Dopo 12 ore si ha elevazione febbrile sino a 38,5 che dura 24 ore. La paziente ritornò al suo stato normale dopo 48 ore.

La reazione di Casoni era intensamente positiva e l'esame del sangue dava 8.000 leucociti col 20 % di eosinofili. La radiografia del fegato dimostrò un'ombra della grossezza di un uovo al disopra della vescichetta biliare. Si fece diagnosi di cisti idatide, diagnosi che il reperto operatorio confermò.

In questo caso l'esistenza di una sindrome asmatica, la cui natura anafilattica è confermata dalla coesistenza di un edema di Quincke e dall'orticaria, non può essere discussa; e tanto meno può esserlo la causale tossica idatidea.

Il fatto è poi confermato dal decorso ulteriore della paziente: operata già da circa tre anni, non ha più avuto manifestazioni asmatiche, l'eosinofilia è sparita dal quadro sanguigno, la Casoni è negativa.

(Sulla sensibilità e fedeltà di questa reazione sono molte ormai le voci concordi, anche straniere, per quanto ne deformino il nome in *Cassoni*, come fanno gli AA. - *N. d. R.*).

In un altro caso si trattava di una malata di 35 anni, che da tre anni soffriva giornalmente di crisi intense di dispnea espiratoria, accompagnata da rantoli bronchiali che non lasciavano alcun dubbio sulla diagnosi di asma tipico. Gli accessi erano domati immediatamente con una iniezione di adrenalina. Parecchie volte, poi, la paziente aveva sofferto di intense *poussées* di urticaria: un piccolo versamento pleurale destro con la puntura diede esito a liquido a Rivalta positiva. Durante la degenza in ospedale la paziente ebbe una vomica, seguita poi da abbondante espettorazione purulenta. L'esame radioscopico dimostrò un'ombra arrotondata nel centro del polmone destro: nella parte inferiore dell'ombra un livello liquido fece pensare ad una cisti idatide parzialmente svuotatasi per la vomica. L'intervento operativo dimostrò la presenza nella regione media del polmone destro di una cisti idatide voluminosa, con contenuto purulento. Fu svuotata la cisti: il decorso post-operatorio fu normale e dopo tre mesi la paziente era guarita non avendo più sofferto di crisi asmatiche.

Un terzo caso riguarda una signora la quale presentò una sindrome asmatica qualche ora dopo un intervento operativo per cisti idatide polmonare. Si trattava di una paziente di 45 anni, che non aveva mai sofferto di asma e che sette ore dopo l'evacuazione operativa della cisti, fu colta da forte dispnea, con febbre a 39 gradi.

I caratteri della dispnea erano quelli tipici dell'asma e fu infatti sufficiente l'iniezione di un milligr. di adrenalina perchè tutto rientrasse nella calma.

Poco dopo si manifestò una forte ed intensa orticaria. In seguito la paziente non ebbe più alcuna manifestazione asmatica nè orticariforme. La reazione di Casoni, praticata prima dell'operazione, era stata così intensa che aveva prodotto un edema orticarioide estendentesi dal punto di inoculazione sull'avambraccio fino alla mano.

L'intensità della reazione dimostra l'estrema sensibilità dell'organismo verso la tossina idatidea e spiega l'apparizione della sindrome asmatica e dell'orticaria quali fenomeni anafilattici della stessa origine.

Per quale meccanismo la cisti idatidea ha prodotto la dispnea asmatica? La neoformazione cistica ha agito per via di un atto riflesso o per un meccanismo anafilattico? La esistenza nei tre malati dell'orticaria, alla quale si aggiunge nel primo caso un edema di Quincke al viso, dimostra eloquentemente l'intervento del secondo meccanismo. Ma ci si può domandare: perchè nel corso di una malattia parassitaria così frequente l'attacco asmatico non è osservato più frequentemente? A questa domanda gli AA. tentano di rispondere notando anzitutto come anche l'urticaria, i cui rapporti con la intossicazione idatidea sono indiscutibili, non è sempre osservato in questi pazienti.

E' probabile, essi dicono, che il meccanismo produttore della sindrome asmatica sia ben più complicato di quello che genera la manifestazione cutanea.

Dinanzi ad una tale spiegazione vien fatto di pensare a quanto ha autorevolmente detto Dévé: « Noi siamo ben lontani dal conoscere a fondo il determinismo della anafilassi: questa si presenta come un fenomeno sorretto da leggi incostanti e misteriose, e, per quanto l'applicazione del suo principio alle manifestazioni tossi-idatidee rappresenti un progresso nella conoscenza di questi singolari fenomeni, noi dobbiamo riconoscere che attualmente non possiamo spiegare perchè un individuo presenti dei disturbi dopo la puntura o l'operazione su una cisti ancora intatta, mentre un altro resta indenne malgrado le punture molte volte praticate nè perchè l'uno presenta semplicemente una poussée benigna di urticaria, mentre l'altro cade preda a fenomeni di estrema gravità ». G. LA CAVA.

RENI E VIE URINARIE.

Nomenclatura e criterio diagnostico delle malattie del rene.

(T. PADILLA e R. DASSEU. *La Semana Médica*, 5 genn. 1933).

La terminologia impropria o eccessiva è stata sempre un ostacolo allo studio ed al progresso scientifico. Uno stesso fenomeno, chiamato differentemente da diversi osservatori, risulta più difficile ad essere riconosciuto da un terzo.

Gli Americani, a dire il vero, sono stati i primi a cercare di contrastare a questo malvezzo, pubblicando delle tavole diagnostiche, che sono della massima utilità clinica. Esse infatti, oltre ad essere un ottimo *promemoria*, obbligano il medico ad una diagnosi completa, specificando la causa (diagnosi etiologica) la lesione prodotta (diagnosi anatomica) e il modo col quale essa disturba il regolare funzionamento organico (diagnosi fisio-patologica) determinando così la capacità funzionale. D'altra parte, dovendosi seguire sempre un medesimo criterio diagnostico, esse facilitano molto la classificazione e l'inquadramento dei quadri clinici.

Gli AA. presentano una classificazione delle malattie renale, basata sullo schema di Weiss, seguendo i criteri di Volhard e Fahr.

Naturalmente queste tabelle possono essere modificate di pari passo con le nuove cognizioni di patologia fisiopatologia e metodi di diagnosi.

A) DIAGNOSI ETIOLOGICA.

1) *Infezione batterica* (specificando, sempre che sia possibile, il germe (Eberth, strepto, pneumococco, ecc.);

2) *Intossicazione esogena* (tossine minerali, vegetali, animali);

3) *Intossicazione endogena* (endocrinopatie, Basedow, costipazione cronica, diabete, gotta, gravidanza, ecc.);

4) *Spirochetosi* (sifilide, ittero emorragico);

5) *Malattia sistemica* (ipertensione arteriosa, arterio-sclerosi, emopatie, ecc.);

6) *Parassitarie* (idatidosi, amebiasi, filariosi, attinomicosi);

7) *Traumatismi;*

8) *Insufficienza cardiaca;*

9) *Costituzionale;*

10) *Sconosciuta.*

B) DIAGNOSI ANATOMICA.

1) *Congestione* (attiva o passiva);

2) *Nefrite glomerulare*:

a) *diffusa* acuta, subacuta, latente, cronica con fibrosi;

b) *focale*, embolica o infettiva con suppurazione del tessuto interstiziale;

3) *Degenerazione* (nefrosi): necrosi tubulare, lipoidea e grassa, amiloidosi;

4) *Nefrosclerosi*:

a) *primitiva* arteriosclerotica (rene grinzo genuino e rene senile);

b) *secondaria* per arterite necrotizzante o per nefrite glomerulare diffusa cronica (rene grinzo secondario);

5) *Infarto*:

a) trombosi arteriosa o venosa;

b) embolia;

c) corticale bilaterale;

6) *Ascessi;*

7) *Tubercolosi* miliare o ulcero-caseosa;

8) *Sifilide*:

a) gomma circoscritta;

b) infiltrazione gommosa diffusa;

c) nefrite sclero-gommosa; rene « ficelé »;

9) *Tumori;* 10) *Cisti;* 11) *Litiasi;* 12) *Rene policistico;* 13) *Ptosi renale;* 14) *Rene ectopico;* 15) *Perinefrite;* 16) *Pielite;* 17) *Idronefrosi;* 18) *Pionefrosi;* 19) *Occlusione ureterica.*

C) DIAGNOSI FISIOPATOLOGICA.

1) *Anuria;* 2) *Oliguria;* 3) *Poliuria;* 4) *Ipostenuria;* 5) *Isostenuria;* 6) *Albuminuria, con o senza cilindruria;* 7) *Ematuria;* 8) *Piuria;* 9) *Emoglobinuria;* 10) *Lipuria;* 11) *Lipoiduria;* 12) *Glicosuria;* 13) *Fosfaturia;* 14) *Edema;* 15) *Ritenzione clorurata;* 16) *Ipocloruremia;* 17) *Ipoproteinemia;* 18) *Azotemia;* 19) *Aminoacidemia;* 20) *Uricemia;* 21) *Creatininemia;* 22) *Colesterinemia;* 23) *Calcemia;* 24) *Ph sanguigno;* 25) *Riserva alcalina;* 26) *Anemia;* 27) *Retinite;* 28) *Emorragie retiniche;* 29) *Miodesopsia* (mosche volanti);

30) *Uremia clinica*:

a) latente;

b) a tipo digestivo;

c) a tipo respiratorio;

d) a tipo nervoso psichico;

e) coma;

31) *Pseudouremia psico-nervosa o encefalopatica da ipertensione*: convulsioni, cefalea, amaurosi allucinazioni, paralisi e paresi transitorie, afasie transitorie, emianopsia;

32) *Colica reno-ureterale;*

33) *Lombalgia*, cronica o parossistica destra o sinistra.

D) CAPACITÀ FUNZIONALE.

1) *Rene sufficiente;*

2) *Insufficienza renale relativa*:

a) perdita della concentrazione con buona diluizione;

b) perdita della diluizione con buona concentrazione: cause extrarenali, rene da stasi, nefrosi;

3) *Insufficienza renale totale.*

E) MALATTIA RENALE POSSIBILE: soggetti con sintomi e segni riferibili al rene, in base ai quali non è però possibile stabilire diagnosi certa di malattia renale.

F) MALATTIA RENALE POTENZIALE: soggetti senza malattia renale apparente, ma che conviene vigilare, in quanto hanno nell'anamnesi fattori etiologici di malattia renale.

Alcune malattie del rene meritano però uno schema a parte. Tali sono:

La *nefrite glomerulare diffusa* di cui si possono distinguere vari tipi:

a) *acuta*: etiologia: infettiva (streptococchi, ecc.) o da intossicazione; lesioni: glomerulari diffuse con degenerazione tubulare consecutiva; sintomatologia: oliguria, segni di lesione renale attiva quali: albumina, emazie, cilindri granulosi; ipertensione, edema, ritenzione azotata; evoluzione: guarigione, cronicità o morte;

b) *subacuta*: etiologia: come la precedente; lesioni: stati anormali della forma acuta, degenerazione tubulare accentuata, grosso rene bianco; sintomatologia: un *tipo emorragico* con ematuria, oliguria, densità fissa intorno ai 1010, anemia a tipo secondario, e aumento progressivo dell'azoto nel sangue, ed un *tipo edemigeno* o nefrotico con albuminuria ed edemi notevoli ed ipoproteinemia; evoluzione: miglioramento, cronicità o morte;

c) *latente*: etiologia: come sopra; lesioni: piccoli focolai di glomerulite; sintomatologia: non ipertensione, non insufficienza renale, ematuria e albuminuria minime; esito: guarigione, riacutizzazione, cronicità;

d) *cronica*: etiologia: come sopra; lesioni: stati avanzati delle forme precedenti con fibrosi, rene grinzo secondario; sintomatolo-

gia: ipertensione arteriosa, ritenzione azotata, anemia, edema, alterazioni retiniche; esito: morte per uremia, o insufficienza cardiaca o emorragia (meningea, encefalica o encefalomeningea).

La *nefrite glomerulare* focale si presenta sotto due forme:

a) glomerulare: etiologia: endocardite ulcerosa, stati infettivi, setticemie; lesioni: nodulo di occlusione vascolare embolica; sintomatologia: ematuria senza edemi, senza ipertensione; esito: dipende dalla malattia causale;

b) interstiziale: etiologia: malattie infettive, setticemie; lesioni: suppurazione del tessuto interstiziale; sintomatologia: non caratteristica, oliguria, anuria; esito: in relazione alla malattia causale.

Le *nefrosi* sono manifestazioni renali di stati generali o di intossicazioni: distinguiamo vari tipi:

a) chimica da intossicazione endogena (bicloruro di Hg.); con necrosi dell'epitelio tubulare; nella sintomatologia oliguria anuria, albuminuria, ritenzione azotata; esito: guarigione, miglioramento o morte;

b) gravidica da tossemia gravidica, con degenerazione dell'epitelio tubulare e talvolta glomerulite; nella sintomatologia albuminuria, edema, ipertensione, convulsioni, alterazioni retiniche; evoluzione come la precedente;

c) lipoidea: ha origine in un disturbo metabolico generalizzato (sifilide? agente ignoto?); lesioni: degenerazione o infiltrazione lipoidea dell'epitelio tubulare; nella sintomatologia: albuminuria, lipoiduria, edemi accentuati, ipoproteinemia, inversione del quoziente serinaglobulina, ipercolesterinemia; esito: miglioramento o morte per malattia intercorrente.

L'*amiloidosi* riconosce come causa le suppurazioni croniche, intossicazioni endogene, diabete; lesioni: degenerazione amiloide dei glomeruli, vasi afferenti efferenti e interlobulari; sintomatologia: albuminuria, edema, epatosplenomegalia, diarrea, ritenzione del rosso Congo; evoluzione: progressiva, passaggio alla nefrite o sclerosi renale o guarigione.

Le *nefrosclerosi* possono essere dovute a:

ipertensione essenziale: si nota allora sclerosi delle arteriole afferenti del rene (rene grinzo primitivo), con o senza occlusione necrotizzante di essa; sintomatologia: senza insufficienza renale (ipertensione benigna), con insufficienza renale (sindrome uguale a quella della nefrite glomerulare cronica), oppure sindrome clinica dell'ipertensione maligna con insufficienza ventricolare sinistra, uremia clinica e chimica;

arteriosclerosi: sclerosi e ateromasia dei grossi vasi renali (rene senile); sintomatologia: poliuria, ipostenuria discreta.

In ambedue l'esito è sfavorevole: la morte si ha per insufficienza cardiaca, o apoplessia o uremia. G. LA CAVA.

La dieta nelle malattie renali.

(H. ELIAS. *Wiener Klinische Wochens.*, 10 marzo 1933).

La *calcolosi renale* è fino ad un certo punto influenzabile dalla dieta. Si deve anzitutto evitare l'introduzione di corpi da cui derivino prodotti di scissione che, eliminandosi con l'urina, provochino la formazione di calcoli. Quando si tratti di calcoli urici, evitare nella dieta gli organi interni, i legumi maturi, i piccoli pesci (acciughe, sardelle) in modo da introdurre la quantità minima di nucleine. Nei calcoli ossalici, sono da evitare i vegetali ricchi di acido ossalico (spinaci, acetosella, rape, rabarbaro), nonchè il cacao ed i fichi.

Si dovrà inoltre curare possibilmente che le sostanze necessarie all'organismo, come la calce, non cristallizzino nel rene, ma siano eliminate con le feci; ciò che si ottiene con una dieta alcalinizzante o con la somministrazione di alcali. Inoltre va favorita la solubilizzazione delle sostanze che possono formare i calcoli, mediante l'abbondante introduzione di acqua; per i calcoli più solubili in acidi (fosfati alcalini) si vedrà di acidificare l'urina con la dieta carnea o la somministrazione di cloruro d'ammonio o di acido cloridrico; viceversa, per i calcoli di acido urico, si provvederà per un'alcalinizzazione mediante carbonato di litio.

Nelle *nefriti acute*, tutti i sintomi che possono essere pericolosi per il paziente vengono favorevolmente influenzati dalla fame e dalla sete; con tale mezzo, si abbassa la pressione nei vasi e nei capillari e si modifica lo specchio sanguigno dell'albumina, sicchè la corrente degli umori si dirige dai tessuti verso i vasi; il sangue si fa più fluido ed i reni possono secernere maggiore quantità di liquido. Si assiste così al fenomeno che il paziente che prima aveva sete, beveva ed era anurico o quasi, dopo la sottrazione di liquidi e di alimenti, non ha più sete ed incomincia ad eliminare l'urina. In tal modo si evitano anche pericoli per il circolo che è sottoposto a minor lavoro. Si ovvia così anche al pericolo della ritenzione azotata, poichè l'azotemia, con la cura di fame, viene ridotta al minimo possibile, tanto più che, con il ristabilirsi della diuresi, vengono eliminati anche i residui azotati.

Anche i componenti eclamptici della nefrite acuta vengono favorevolmente influenzati dalla cura di fame e di sete; con un più scarso riempimento dei vasi non si hanno più il crampo vasale nè l'edema cerebrale. Inoltre, anche i glomeruli infiammati si svuotano più facilmente e si ristabilisce la diuresi.

Si tiene il paziente per 2-3 giorni a minime quantità di liquido (caffè nero, tè, succo di lamponi, in tutto meno di 200 cmc.); si può in seguito aumentare fino a 500 g. con purée di patate, di riso, di semolino. Questa dieta strettamente priva di cloruri e di albumina può es-

sere intermezzata da uguali quantità di frutta o di marmellate. In 8-10 giorni, l'azoto residuo viene ricondotto ai valori normali, scompaiono gli edemi ed il circolo lavora bene; si può poi passare ad una dieta ipoclorurata senza carne, ma più variata (insalate, frutta di ogni specie, legumi, per 1000-1200 grammi). Si può allora tentare la somministrazione di albumina animale, badando bene che l'azoto residuo ed i fenomeni nefritici non subiscano influenze sfavorevoli. Dopo 2-3 settimane, si passerà alla dieta con carne, eventualmente ad un tipo di dieta di Gerson-Hermannsdorfer.

Se la nefrite non guarisce e passa allo *stato cronico*, la limitazione dell'albumina non ha più scopo. Si può mantenere in equilibrio per anni il paziente somministrando 150 grammi di carne al giorno ed intercalando dei giorni ad insalate, frutta, legumi. Le maggiori difficoltà si hanno quando intervengono disturbi di circolo, si eleva l'azoto residuo e si hanno eventualmente degli edemi. Allora si deve limitare la somministrazione di azoto, diminuire i cloruri ed il sodio e badare ad introdurre ben poca acqua, in modo che gli edemi scompaiono, ma darne in quantità sufficiente perchè le scorie, anche se la capacità di concentrazione del rene è diminuita, si possano ugualmente eliminare.

Diverso trattamento esige la *nefrosi*, che non è un'infiammazione, ma una degenerazione. Si hanno in essa forti edemi e si eliminano grandi quantità di albumina. Si limiterà, in essa, la quantità di cloruro di sodio e di acqua, ma si daranno forti quantità di albumina, per compensare le perdite.

fil.

La ritenzione acuta di urina.

(J. ABRAHAM. *Practitioner*, marzo 1933).

La ritenzione acuta di urina può dipendere da due cause: impedimento al flusso dell'urina attraverso l'uretra, perdita delle forze espulsive del muscolo vescicale.

Il primo modo si verifica nelle seguenti condizioni: uretrite acuta, rottura dell'uretra, stenosi dell'uretra, occlusione da corpi estranei, ipertrofia prostatica, ritenzione post-operatoria.

Nell'*uretrite acuta* l'ostacolo al passaggio dell'urina si ha quando l'uretra anteriore diventa fortemente edematosa. Ciò si verifica specialmente nella blenorragia sia in conseguenza del processo infiammatorio infettivo, sia in seguito all'applicazione di potenti antisettici per la cura abortiva dell'affezione. In queste condizioni un bagno caldo ristabilisce la minzione. In caso d'insuccesso è probabile che la ritenzione sia dovuta a spasmo del compressore ed in tal caso gioverà l'applicazione di suppositori a base di morfina e belladonna. In circostanze eccezionali neppure questo giova ed allora bisogna ricorrere al catetere che costituisce un serio pericolo, in quanto diffonde l'infezione all'uretra posteriore.

Nella *rottura dell'uretra* la ritenzione costituisce un fenomeno protettivo, anzi bisogna consigliare il paziente a non mingere. Lo svuotamento della vescica deve essere fatto a mezzo di catetere, preferibilmente metallico, e quando questo non possa essere applicato bisogna ricorrere alla puntura soprapubica della vescica.

La *stenosi uretrale* è una causa molto comune della ritenzione acuta. Spesso essa è provocata dal fatto che i pazienti di antica stenosi tentano di vincerla con l'applicazione di sostanze irritanti o di cateteri troppo grandi, si determina allora a livello della stenosi un edema che impedisce del tutto il passaggio dell'urina. Il trattamento consiste in un bagno caldo per rimuovere la congestione uretrale e lo spasmo, ed eventualmente nell'applicazione di suppositori a base di morfina e di belladonna. Successivamente si faranno applicazioni di cateteri per la graduale dilatazione della stenosi cominciando sempre dai più piccoli e progredendo lentamente. Nei casi invincibili si dovrà ricorrere alla puntura soprapubica della vescica.

La *ritenzione acuta da corpi estranei* è generalmente prodotta dall'incuneamento nell'uretra prostatica o anche anteriore di piccoli calcoli vescicali. Può anche essere prodotta dall'applicazione di un tumore vescicale peduncolato sull'uretra posteriore, o anche dalla penetrazione nell'uretra di coaguli provenienti da emorragia profusa della parete vescicale. La ritenzione è lì per lì facilmente vinta dal cateterismo, ma naturalmente conviene poi rimuovere la causa dell'occlusione.

L'*ingrossamento della prostata* è la causa più frequente di ritenzione di urina specie nell'età avanzata. La diagnosi si fa in base all'anamnesi ed all'esame rettale. Talvolta però questo non mette in evidenza alcun ingrossamento della prostata; bisogna allora pensare all'ipertrofia del così detto lobo medio, il che può rilevarsi con la cistoscopia.

Le prime cure da tentarsi sono quelle su indicate: bagno caldo, suppositori calmanti e decongestionanti. Quindi si ricorre al cateterismo, che in considerazione dell'età dei pazienti deve essere praticato come se si trattasse di una grande operazione. Bisogna curare l'asepsi la più rigorosa, e procurare di non danneggiare l'uretra. Bisogna adoperare un catetere non rigido, elastico e ricorrere a quello metallico solo in caso d'insuccesso.

In ogni caso lo svuotamento deve essere praticato lentamente per evitare il collasso della vescica ed emorragie, che possono essere determinate dal troppo rapido abbassamento della pressione endovescicale.

Deve essere tenuto presente che trattandosi di individui vecchi e con lesioni renali quasi sempre si ha urina residua e non di rado anche cistite. Conviene quindi dopo lo svuotamento

della vescica consigliare il più assoluto riposo, fare applicazioni di bottiglie calde, somministrare eccitanti e disinfettanti vescicali. È necessario inoltre mantenere a permanenza il catetere per qualche giorno.

La *ritenzione post-operatoria* suole talvolta verificarsi in seguito ad interventi sull'ano, sullo scroto, sui canali inguinali o sull'appendice. Sembra dovuta a spasmo del compressore dell'uretra, che nel 90 % dei casi si rilascia entro le 48 ore. Anche quando non c'è pericolo di rottura della vescica è opportuno praticare il cateterismo per dare sollievo al paziente. Ma se esso è praticato conviene poi ripeterlo più volte prima che le minzioni ritornino normali.

La *ritenzione acuta da paralisi o atonia vescicale* si ha in seguito a traumatismi agenti sul midollo spinale e sulle relative vie nervose. Se si tratta di fatti semplicemente commotivi la ritenzione può scomparire anche senza che si è ricorso al catetere, ma l'uso di questo diventa indispensabile e continuo quando si tratti di lesioni permanenti, a meno che alla ritenzione non succeda l'incontinenza, come suole accadere.

Nel caso si tratti di semplice atonia vescicale il cateterismo ha tra l'altro l'effetto di ridare il tono al muscolo vescicale e quindi di metterlo in condizione di assolvere la sua funzione.

Dr.

MISCELLANEA.

La malattia di Feer.

(G. Hanau. *Gazz. degli Osp. e delle Clin.*, 16 ottobre 1932).

Benchè già descritta da Selter nel 1911 col nome di « trofodermatoneurosi », la malattia di Feer porta a buon diritto questo nome perchè fu il Feer che ne diede per primo una descrizione dettagliata.

La malattia colpisce, a parte poche eccezioni, i lattanti e i piccoli bambini. Che possa colpire anche gli adulti appare per ora assai dubbio. La malattia, oltre che all'età, è legata alle stagioni; la maggior parte dei casi cade tra dicembre e maggio. Di regola comincia in modo subacuto, di rado acutamente; nei suoi inizi è oscura e per nulla caratteristica. La madre si accorge che il bambino si va facendo stanco, è piagnucoloso, scontroso; talvolta si hanno anche gravi perturbamenti psicosici a carattere depressivo, interrotti talvolta da reazioni affettive di difesa. L'anoressia è quasi invincibile, l'espressione apatica e scontrosa. Già precocemente si fa palese una spiccata flaccidezza della muscolatura, che in principio rende il malato semplicemente pigro, ma poi può rendergli impossibile di andare attorno e di sedere, sì da simulare una paralisi genuina.

Tra i sintomi di diretta constatazione obiettiva stanno in prima linea le manifestazioni da parte della pelle e delle mucose. Già precocemente si hanno sudorazioni profuse. Indipendentemente dalla temperatura esterna o dal lavoro corporeo, la pelle di tutto il corpo è quasi sempre ricoperta di sudore ed in pari tempo è lassa, succulenta, spiccatamente macerata ai lati flessori e alle superfici interne delle mani e dei piedi. Si sviluppano esantemi a tipo miliare o dermatosi pruriginose. Ne risultano lesioni da grattamento, che per la scarsa resistenza di tutto l'organismo si infettano secondariamente dando luogo a pustole, ascessi, flemmoni e dermatiti infettive. Sono particolarmente colpiti le mani ed i piedi, perchè qui ai sintomi suddetti si aggiunge una acrocianosi dolorosa nettamente delimitata. Queste manifestazioni possono progredire ad onta di tutte le cure, fino alla gangrena delle dita o combinarsi a gravi disordini trofici, processi ulcerativi, ecc. Completano il quadro alterazioni ungueali simili a quelle post-scarlattinose e la caduta dei peli.

Non meno imponenti sono le manifestazioni delle mucose, soprattutto della bocca e dell'occhio. Alla bocca, piorrea alveolare, processi infiammatori ed ulcerazioni della mucosa delle guancie e delle gengive, talvolta anche della lingua; tutti i denti possono cadere. Agli occhi si manifesta congiuntivite e fotofobia. Le gravi manifestazioni trofiche si accompagnano a spiccati disordini sensitivi; ad es. alle mani si può giungere sino all'anestesia completa.

Non ogni paziente presenta tutti i fenomeni su descritti, contemporaneamente o nel decorso della malattia. Sono invece presenti con grande regolarità fenomeni da parte del sistema circolatorio, cioè l'aumento della pressione sanguigna e la tachicardia. Si trovano nei piccoli bambini pressioni di 130, 140 mm. di Hg., frequenza di polso fino a 200.

Un sintomo saliente, che manca raramente, è la enorme ipotonia della muscolatura. I pazienti non possono più camminare e star ritti, oppure presentano nei gradi minori una spiccata lordosi. Per lo più i riflessi tendinei non sono provocabili.

Altri sintomi, non costanti, possono essere particolarmente spiccati. Forte salivazione, dolori di ventre a tipo colico, convulsioni tonicocloniche, movimenti coreici, stati soporosi, spasmi, accessi di dispnea e vomito, sintomi tutti che fanno intendere come la malattia sia stata considerata come una forma particolare di encefalite.

Feer aveva considerata favorevole la prognosi; ma in seguito essa apparve sotto luce meno benigna. In primo luogo, data la massima resistenza di questi soggetti, le infezioni intercorrenti trovano facile la via. Ma anche indi-

pendentemente dalle possibili malattie intercorrenti, ci sono dei casi nei quali la malattia progredisce inesorabilmente ad onta di ogni tentativo terapeutico e conduce alla morte. La malattia, se l'esito è favorevole, è di lunga durata; alcuni mesi, anche un anno.

Riguardo alla etiologia, la maggior parte degli AA. tende ad ammettere una genesi infettiva, ma la sede di questa presunta infezione viene variamente localizzata e resta vaga. Altri pensano che si tratti di una malattia da carenza.

Data l'oscurità dell'etiopatogenesi, la cura non può essere che sintomatica. Si dovrà sempre fare un tentativo con l'atropina a dosi non troppo piccole. Il Keller dà di regola ai piccoli bambini 3 volte al giorno 3 gocce di una soluzione 0,01:10. L'effetto ne è vario; talvolta indubbiamente favorevole, specie sui sudori. Si è anche tentata l'ergotamina sottocute. La scuola francese raccomanda l'acetilcolina. Internamente si può dare anche il calcio. I bagni sono bene accetti ai malati; se ne possono fare un paio al giorno, alternativamente di permanganato e di corteccia di quercia, aggiungendo pure maniluvii che esercitano anche un'azione analgesica.

Gli AA. americani hanno consigliato una terapia antinfettiva; vaccinica (con germi coltivati dai processi purulenti), triplafavina, terapia salicilica.

La dieta sarà ricca di vitamine.

C. TOSCANO.

Considerazioni sul vomito incoercibile delle gravide.

(BRINDEAU e LANTUÉJOUL. *La Presse Médicale*, 25 gennaio 1933).

Un fatto strano domina la questione del vomito incoercibile delle gravide; nel periodo precedente la guerra esso era la causa più frequente degli aborti terapeutici. Attualmente è eccezionale che si sia obbligati a ricorrere all'interruzione della gravidanza per guarire questi vomiti detti incoercibili.

Oggi infatti le forme gravi col quadro clinico classico della gravida, magra, con vomiti incessanti, polso rapido, sono quasi scomparse e le forme medie e benigne sono molto più frequenti.

Si può ammettere una evoluzione della malattia? Se ciò è possibile per le malattie a causa microbica non vi è alcun punto di appoggio per ammetterla nel vomito gravidico, che malattia microbica sicuramente non è.

Si potrebbe allora mettere in causa un progresso nella terapia: ma esiste questo progresso? Si conosce forse oggi meglio la patogenesi della forma morbosa? Non pare: certo le teorie non mancano, ma la loro stessa molteplicità parla contro il loro valore. L'insufficienza di diverse ghiandole endocrine, l'insufficienza epatica, l'appendicite cronica, l'aerofagia, la ptosi viscerale sono state invocate come causa determinante e i risultati terapeutici ottenuti dai vari AA. hanno confermato a ciascuno di essi l'esattezza della diagnosi di patogenicità: ma ciò che dava buoni risultati ad uno, non rispondeva agli altri.

Gli AA. hanno già esposto in loro precedenti lavori le proprie idee sulla questione: ma i loro concetti sono stati male interpretati ed è perciò che essi desiderano ritornarvi mettendo bene a punto la questione. Sono idee vecchie, già esposte da antichi clinici, ma che tuttavia conservano ancora tutta la loro importanza.

Come prima cosa è necessario ben delimitare il concetto di vomito gravidico, eliminando tutti quei casi nei quali, in una donna incinta affetta da vomiti gravi, l'esame dimostrerà la presenza di una malattia, causa del vomito: cancro dello stomaco, tabe, meningite tbc., tumore del cervello, ecc. Gli errori di diagnosi sono frequenti: ogni donna incinta che vomiti è subito dichiarata affetta da vomito gravidico. Nella stessa maniera, non possono essere considerate come affette da vomito gravidico alcune donne le quali, all'inizio della gravidanza presentano una sindrome grave caratterizzata da forte dimagramento, iscuria, polso più o meno frequente, subittero e qualche raro vomito. Questa sindrome, che risponde forse ad una insufficienza epatica acuta, si distingue dalla sindrome del vomito incoercibile per la rarità dei vomiti stessi, che passano al secondo piano nella sintomatologia. Bisogna poi sempre cercare con cura di eliminare, cosa non sempre facile, le esageratrici e le simulatrici, che non sono così rare e che non si saprebbe come guarire da una malattia da cui esse non sono affette.

In presenza dunque di una donna gravida, affetta da vomito, il primo tempo sarà costituito da un esame il più accurato e completo possibile. Anche se la diagnosi è evidente, è opportuno prolungare l'esame, onde sempre più conquistare la fiducia della malata e del suo *entourage* sì che il trattamento che sarà proposto venga accettato anche se esso importerà dei provvedimenti penosi: è perciò che è necessario che l'esame sia completo e la diagnosi appaia alla malata e ai familiari sicura e il trattamento necessario. Ogni errore di psicoterapia da principio comprometterà per sempre l'esito della cura. È inutile di mettere troppa energia negli incoraggiamenti prodigati alla paziente: una grande dolcezza dà invece dei risultati brillanti. È pericoloso il promettere una guarigione rapida: più opportuno far credere che si useranno mezzi terapeutici sempre più potenti.

Prese queste precauzioni, qual'è la condotta da seguire? Sin dall'inizio, l'isolamento della paziente: isolamento assoluto, in clinica o al-

l'ospedale: non accettare vie di mezzo: niente infermiera, niente visite, niente corrispondenza. Un tale isolamento sarà difficilmente accettato se non si spiega che esso sarà brevissimo: infatti nella maggior parte dei casi bastano pochi giorni d'isolamento per ottenere la guarigione: la donna isolata non vomità più, accetta di bere e di mangiare, e può ritornare a casa. Spesso questo ritorno fa riapparire il vomito, ma basta un nuovo isolamento per ottenere la guarigione definitiva.

Se la guarigione non si ottiene così miracolosamente il trattamento sarà puramente sintomatico: rettoclisi o fleboclisi onde combattere lo stato di disidratazione, evacuazione intestinale con purganti, calmanti del sistema nervoso onde ottenere il riposo durante la notte. Come regolarsi in quanto alla dieta? Non vi è una regola assoluta. Se si ha a che fare con una donna docile e fiduciosa si può tentare di ottenere da essa un tentativo di alimentazione immediato. Se no, è opportuno spiegare alla malata che si attuerà un periodo preparatorio di un paio di giorni, in cui si calmerà il suo sistema nervoso e in cui la si reidraterà, prima di somministrare il medicamento importante.

Il primo alimento sarà costituito da una pappa di farina di grano, con o senza latte, che si dirà contenere il medicamento: essa verrà inghiottita in piccole quantità, restando la paziente coricata sul dorso mentre il medico decanta le qualità dell'immaginario medicamento. Tutti i ragionamenti saranno buoni per distrarre l'attenzione della paziente, la quale constaterà tosto, con sorpresa, che lo stomaco tiene l'alimento. Se essa è presa da nausee, bisogna impedire il vomito con piccoli accorgimenti: vietare alla malata di sedersi sul letto, farle fare degli ampi movimenti respiratori. L'importante è di esserle vicino e di « ragionarla » con pazienza. Nella maggior parte dei casi, si ottiene così, sino dal primo giorno, l'ingestione regolare di piccoli pasti che saranno ben presto regolati secondo il gusto della malata. Tutti i piccoli espedienti della psicoterapia saranno buoni per fare accettare questi pasti: è la mentalità stessa della donna che guida il medico. Superato questo primo periodo la malata andrà da sola verso la guarigione: il solo fatto importante sarà quello di lasciare presso la donna, totalmente separata dal suo ambiente, una infermiera paziente che veglierà su di essa e la farà bere e mangiare regolarmente. Più o meno rapidamente la malata riprenderà fiducia e si alimenterà spontaneamente.

Talvolta si vedranno sussistere uno o due vomiti giornalieri, ma per lo più si tratta di vomito biliare e non alimentare: ma ciò che è scomparso è il vomito incessante, la impossibilità di alimentarsi: il vomito incoercibile; il fenomeno veramente grave è guarito.

Questa efficacia evidente della psicoterapia nella cura dei vomiti gravidici, deve dunque far considerare queste donne come isteriche? Gli AA. non sanno rispondere a questa domanda. Certo si è che mentre molte di queste donne hanno le stimmate neuropatiche, altre sono all'apparenza perfettamente normali. Secondo gli AA. i vomiti incoercibili sono non una malattia puramente nevropatica bensì la tipica associazione morbosa istero-organica. La tendenza emetizzante della donna incinta ha certamente una base organica, che può essere varia secondo i casi: ma perchè questa tendenza prenda un indirizzo di gravità è necessario che intervenga un elemento d'ordine morale. La condotta terapeutica è quindi quella di ricercare le « spine irritative » possibili curando nello stesso tempo gli effetti secondari dei vomiti (disidratazione, anuria). Poco vale credere alla virtù specifica di questo o quel medicamento, data la non conoscenza di una patogenesi esatta. L'importante è di guarire questi malati e l'esperienza mostra che, per vie differenti, e ciò non è men curioso, ci arrivano tutti.

G. LA CAVA.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

M. ASCOLI-M. LUCACER. *Le pneumotorax bilatéral simultané.* Vol. in-16° di pagg. 100. Masson & C., Paris, 1932. Frs. 22.

La pregevole monografia degli AA. si presta ad importanti considerazioni d'ordine pratico e dottrinale. La collasso-terapia bilaterale è ancora allo studio, trattandosi di intervento che dovrà considerarsi riservato ad ammalati che soltanto in Istituti bene attrezzati potranno beneficiare di tale metodo curativo, e per i quali, da peculiarità e localizzazioni delle lesioni polmonari, unitamente a reazioni individuali di difesa e di resistenza organica, viene indicata sia in corso di pneumotorace unilaterale, sia fin dall'inizio, la creazione di pneumotorace bilaterale.

Dal punto di vista pratico spettava all'illustre clinico di Palermo, che oltre 20 anni fa si fece iniziatore di tale intervento, di mettere a punto la delicata questione delle indicazioni curative, e M. Ascoli in collaborazione col suo aiuto Lucacer, in questa esposizione, fatta con quel senso di equilibrio sano e coscienzioso, che caratterizza i creatori di pura marca italiana, nello esporre l'origine, le indicazioni, le controindicazioni, la tecnica del suo metodo, ha voluto ancora una volta non essere frainteso e di proposito mettersi contro la possibilità di tendenza a generalizzazioni.

La paternità del metodo non ha fatto velo alla mente del suo Autore, per il quale il px. bil. sim. non è che una figliazione ad un ulteriore sviluppo della geniale scoperta di Carlo Forlanini, il cui nome resta indissolubilmente legato a qualsiasi procedimento di collasso-terapia.

I concetti dottrinari di partenza sono oppor-

tunamente prefissati dagli AA. Quello dell'immobilizzazione del polmone malato deve essere sostituito da quello dell'immobilizzazione del tessuto malato: condizione indispensabile per un intervento bilaterale è la conoscenza di una capacità respiratoria sufficiente, premesso che occorre considerare l'apparato respiratorio come sistema dotato di possibilità funzionali ben definite e nel quale un meccanismo estremamente sensibile di autogoverno mantiene, nelle sue molteplici possibilità di compensazione, un coefficiente costante di ventilazione, malgrado la limitazione della superficie respiratoria: occorre, quindi che prima e durante la cura si sia completamente edotti sulle funzioni respiratorie e circolatorie, con l'ausilio di tutti i mezzi di cui la Clinica dispone.

Le indicazioni sono rappresentate dalla necessità di intervenire con un px. bilaterale quando una determinata pressione endopleurica, variabile col fattore individuale, possa superare i vantaggi che un px. mono-laterale può recare lesioni a contro-laterali per cui ne possa derivare una diffusione del processo.

Tale è l'indicazione di scelta oltre i casi meno frequenti di px. bilaterale emostatico, per empiemi, px. profilattico, post-partum, lobiti recenti, ecc.

Le controindicazioni sono rappresentate oltre che dalle forme granuliche, da quelle fortemente tossiemiche e diffusibili, dalla labilità dell'apparato cardio-vascolare, dalle localizzazioni extrapolmonari, eccettuate le forme laringee lievi e le metastasi ossee poco estese.

La tecnica, per la quale occorre avere presente l'individualità del caso, sarà uguale a quella per l'installazione di un px. semplice nel caso di intervento in portatore di px. monolaterale, salvo un'attenzione particolare al grado del collasso allo scopo di scongiurare una anossiemia più o meno grave. Circa l'istituzione di un px. simultaneo di inizio occorre che sia preso in considerazione il momento dei due interventi, la quantità di gas da immettere (che dovrà essere aspirato spontaneamente), le pressioni da raggiungere, che dovranno avere nei due lati valori ugualmente negativi, o tutt'al più molto vicini allo zero (optimum), la frequenza dei rifornimenti: curati in modo particolare l'osservazione clinica ed il controllo radiologico e funzionale.

Il volume, da considerarsi testo indispensabile per gli specialisti, utile corredo scientifico per la cultura di un medico moderno, è corredato da una estesissima e aggiornata bibliografia sull'argomento ed illustrato da riproduzioni radiografiche molto interessanti. Segue un'appendice sul px. controlaterale primario, intervento anche questo proposto dalla genialità di uno degli autori (M. Ascoli) il quale pensò di praticare un px. controlaterale primitivo, quando un px. omolaterale sia irrealizzabile per la presenza di forti aderenze pleuriche.

Dott. G. B. ARGENTINA (Padova).

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

G. LANIEZ. *Les fondements physiques et physiologiques du métabolisme de base.* Un vol. in-8° di 186 pag. J. B. Baillière, Paris, 1932.

Uno studio critico basato essenzialmente sulle leggi della fisica ha portato l'A. a riconoscere diverse inesattezze nei metodi attuali di calcolo per la determinazione del metabolismo basale, per cui sono proposte diverse modificazioni. Le critiche si appuntano specialmente al sistema di determinare la superficie ed al rapporto delle calorie con questa. I fatti non sono così semplici come apparirebbero dalle note formule (leggi della superficie) per cui il rapporto fra calorie emanate e superficie costituisce una costante.

L'A. vi introduce un altro elemento — il fattore intensivo — cioè le calorie prodotte per unità di peso e di tempo e modifica, in conseguenza, le formule.

Stabilita poi l'esistenza in un *punto singolare termico,* corrispondente al punto di neutralità termica, dimostra che la legge della superficie ha un'approssimazione sufficiente quando si confrontano le varie specie fra loro e nei punti singolari termici, ma è inesatta nel confronto di individui della stessa specie.

Propone quindi, per lo studio della termogenesi umana, un nuovo rapporto da cui è esclusa la superficie, ma si tiene conto soltanto del peso e dell'altezza e di un coefficiente che varia in senso inverso dell'indice di obesità.

Per quanto riguarda la tecnica delle determinazioni, l'A. ha osservato che l'applicazione della maschera provoca un notevole disturbo respiratorio che diventa minimo dopo 5-10 minuti; soltanto col metodo oscillometrico proposto dall'A. stesso, si può stabilire il momento ottimo per la raccolta del gas.

Altri rilievi sono fatti dall'A. sul calcolo dell'ossigeno fissato e sul confronto dei due metabolismi. Delle osservazioni e delle critiche dell'A. sarà bene tener conto quando si proceda a queste determinazioni che hanno ora sì larga applicazione.

A. FILIPPINI.

M. MARTINY, H. PRETET e A. BERNÈ. *La specificité biologique.* Un vol. in-8° di 211 pag. Masson et C.ie, Paris, 1932. Prezzo 35 fr.

Gli AA. considerano particolarmente i fenomeni dei rapporti fra antigene ed anticorpo, dell'anafilassi e dell'immunità, alla luce delle nuove vedute sulla costituzione della materia, accennando anche ai punti essenziali di queste.

Dalla composizione dell'atomo, fatto di elettroni, i quali, a loro volta, sono un agglomerato di corpuscoli di etere, dai fenomeni di depolimerizzazione, di diluizione della materia e di jonizzazione, deducono la chimica fisica del-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

l'antigene e giungono allo studio dell'anticorpo specifico, dimostrando che nel complesso di questo vi è una parte di quello.

Di notevole interesse è il capitolo sull'immunità e gli stati infettivi. Il problema viene studiato schematicamente con una tipica malattia infettiva, la polmonite, ed allargato poi ad altre malattie, arrivando alla conclusione che il ciclo evolutivo è imperniato sulla specificità biologica integrale; ciclo chiuso nelle malattie immunizzanti ed aperto in quelle in cui si producono dei fatti allergici (tubercolosi, sifilide).

Diverse premesse teoriche e sperimentali portano, nella parte dedicata alla terapia, a riconoscere i fondamenti scientifici della omeopatia, di cui le leggi si inspirano al grande principio di « risonanza », base elementare di ogni accordo vibratorio molecolare o cosmico. In appendice, sono date alcune nozioni di chimica fisica. Libro che fa pensare e meditare. *fil.*

L. J. Henderson. *Blut, seine Pathologie und Physiologie.* Traduzione tedesca di M. Tennenbaum. Vol. in-8° di pagg. 287. Steinkopff, Dresden u. Leipzig, 1932. RM. 30.

È recentemente comparsa l'edizione tedesca del libro di Henderson, accresciuta di un nuovo capitolo rispetto alla precedente americana. L'A. in questa opera veramente originale, considera da un punto di vista unitario le proprietà fisicochimiche e la composizione del sangue: vengono stabiliti rapporti tra i vari componenti chimici, il potere di assorbimento per l'ossigeno e l'anidride carbonica, l'equilibrio acidobasico, gli scambi tra cellule e plasma; questi componenti e questi equilibri vengono raggruppati in un tutto armonico con una rappresentazione nomografica dove i singoli valori non sono più entità isolate, ma vengono concepiti come interdipendenti e tra loro in reciproco rapporto, in guisa da dare un quadro d'insieme del complesso sistema ematico.

L'A. espone poi in una sintetica concezione il rapporto di tale sistema con il ciclo respiratorio e con gli adattamenti circolatori nell'individuo normale in stato di riposo e di lavoro e in condizione di malattia.

Il lavoro di Henderson rappresenta veramente un prezioso contributo a quell'opera di sintesi che solo oggi comincia a delinearsi nel campo biologico. Puddu.

M. Mitolo. *Metalli e metalloidi non comuni negli organismi.* Un vol. in-8° di 365 pag. Edizioni di « Fisiologia e medicina », Roma, 1932. Prezzo L. 35.

Si è venuta, in questi ultimi tempi, riconoscendo la notevole frequenza, anzi la costanza con cui si trovano normalmente nell'organismo degli elementi che ad esso si ritenevano del tutto estranei o, perlomeno, fin qui poco considerati. Hanno portato a tale scoperta i raffinamenti dei metodi microchimici di analisi, nonchè l'applicazione dello spettroscopio a tal genere di ricerche. Tali reperti sono di notevole importanza per il significato da attribuire ai diversi elementi nella fisiologia, nella patologia e, forse anche, nella terapia. Basti pensare ai rapporti dello jodio con la tiroide ed alla funzione del boro, che agirebbe al pari delle vitamine.

Ben malagevole sarebbe però per lo studioso avere una qualche nozione di tali studi che per lo più sono sparsi in riviste specializzate e non a facile portata di mano. Noi dobbiamo quindi essere grati al prof. Mitolo che si è sobbarcato alla non lieve fatica di raccogliere da una vastissima letteratura le nozioni che si hanno attualmente in argomento e di presentarle in forma organica. Egli tratta dapprima l'origine, la presenza e la distribuzione dei metalli e metalloidi negli organismi, occupandosi poi largamente del loro significato biologico. Da ultimo, descrive minutamente i metodi analitici da usarsi per tali ricerche.

Libro denso di fatti, chiaramente esposti con ordine logico e che riassume tutto quanto oggi si conosce su questo argomento, del quale sono prevedibili nel futuro più ampi sviluppi. *fil.*

Chaul-Adam. *Die Schleimhaut des Verdauungskanals.* Vol. I, in-8°. Urban & Schwarzenberg, Berlino.

È un bellissimo volume di 229 pagine corredato da 219 illustrazioni e da una molto ricca bibliografia.

Si può dire un trattato completo ed aggiornato, che ha per iscopo la dimostrazione dell'utilità del metodo della compressione dosata e dell'esame delle pliche nell'indagine radiologica dell'apparato digerente.

Dopo una larga e dettagliata esposizione della tecnica; gli AA. passano ad una minuta disamina degli aspetti radiologici dei casi normali (resa necessaria dal bisogno di mettere a fuoco i diversi aspetti che può offrire un nuovo metodo nella tema che qualche immagine normale sia valutata come patologica).

Quindi trattano delle varie affezioni dell'esofago, dello stomaco, del duodeno, del colon, nelle quali il metodo dà i risultati più soddisfacenti.

Molto interessante è fra gli altri il capitolo riguardante le gastriti ipertrofiche ed atrofiche; e anche quello riguardante le alterazioni della mucosa nelle gastro-enteroanastomosi con o senza riproduzioni d'ulcerazione al neostoma.

Vari radiogrammi poi sono messi in rapporto con i pezzi anatomici e operatori, per la qual cosa si può facilmente comprendere a quali alterazioni anatomiche corrispondano le diverse figure.

È un testo di pura specialità radiologica; però il medico colto certamente avrà piacere di conoscere fino a quale grado di finezza diagnostica possa giungere un'indagine radiologica condotta con la tecnica più corretta.

Gastone Meldolesi.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Lombarda di Chirurgia.

Seduta del 3 marzo 1933.

Presidente: Prof. MARIO DONATI.

Discussione sul verbale della seduta precedente: FORNARIO, ZOJA, ROTOLO, MAJOCCHI, DONATI, MORONE, LASIO.

ROSSI F. — *Cisti da echinococco del rene.*
Discussione: LASIO, ASCOLI, SOLARO, ROSSI F.

Volvolo intermittente dello stomaco.

CIOCCA. — L'O. espone un caso da lui ritenuto tipico di volvolo parziale intermittente dello stomaco a rotazione organo assiale. Dopo aver considerato questa nuova forma dal punto di vista della recente bibliografia egli passa alla patogenesi di una esagerazione della torsione fisiologica dello stomaco. Considera il volvolo intermittente come un'entità clinica ben definita in rapporto alla sua sintomatologia così caratteristica. Per quanto riguarda la cura, se non vi sono immediate minacce di complicanze, egli ritiene che si possa, in un primo tempo, espletare una opportuna terapia medica prima di un eventuale intervento chirurgico il quale consisterebbe in una gastroenterostomia transmesocolica posteriore su ansa corta.

Discussione: ROSSI F, MUCCHI, ZOJA, DE FRANCISCI, CIOCCA.

ETTORRE E. — *Su di una nuova staffa per la trazione scheletrica a filo.*

PETTINARI V. — *Contributo al trattamento delle fratture con la trazione a filo.*

Il Segretario: Prof. E. ETTORRE.

Società Piemontese d'Igiene.

Sezione dell'Associazione Italiana Fascista per l'Igiene.

Seduta del 5 marzo 1933.
Presidente: Prof. A. BORMANS.

Conteggio microbico e streptocochi del latte.

Dott. U. BOFFA. — L'O. nelle sue ricerche sulla carica batterica del latte consumato in Torino ha adottato l'esame colturale, su piastre d'agar semplice, e quello microscopico diretto secondo Breed. I risultati ottenuti hanno dimostrato nella maggior parte dei campioni un tasso batterico medio superiore al milione per cc., variante da un minimo di 77.000 a un massimo di 24.000.000 di germi per cc. col metodo colturale, e tra 120.000 e 37.000.000 col conteggio diretto.

L'O. ritiene che l'esame microscopico diretto sia da preferire a quello colturale, perchè più rapido e non meno preciso.

Nella ricerca degli streptococchi l'O. si è servito dell'agar fegato sec. Huddleson, aggiunto di violetto di genziana e di sangue di bue. Tutti i campioni di latte esaminati contenevano streptococchi emolitici in numero variabile da 700 a 9000 per cc., accompagnati tutti da un rilevante numero di leucociti.

L'elevata carica batterica e la presenza di streptococchi riscontrate abitualmente nel latte distribuito in Torino inducono l'O. a ritenere necessaria l'adozione di provvedimenti adeguati.

Significato e ricerca del B. coli nel latte.

Dott. U. AICHELBURG. — L'O. espone il diverso significato che assume la presenza del b. coli nel latte comune, nel latte pastorizzato e in quello da consumarsi crudo. Per quanto riguarda il controllo batteriologico del latte comune, l'O. ritiene che la ricerca e titolazione del b. coli non abbia soverchia importanza e sia da preferirsi il conteggio microbico che si eseguisce più rapidamente e più facilmente. Nel latte pastorizzato, invece, la ricerca del b. coli come controllo è molto consigliabile, perchè questo germe di solito muore quando rimanga esposto per 30' alla temperatura di 62°,5. Così pure nel latte da consumarsi crudo bisogna pretendere che i germi del gruppo coli siano contenuti in numero bassissimo.

L'O. ha eseguito la ricerca e titolazione del b. coli su campioni prelevati in varie latterie di Torino, usando i metodi « standards » americani. Il b. coli è risultato sempre presente, in numero variabile da 100 a 1.000.000 per cc.; nella maggioranza dei casi 100.000 per cc. Questi germi sono risultati tutti di provenienza fecale.

Considerazioni sull'acidità attuale del latte.

Dott. P. MASOERO. — L'O. riferisce sui vari metodi per determinare l'acidità attuale del latte. Egli si è servito dei metodi di Michaelis e dell'alcool-alizarina.

Dall'esame di alcune centinaia di campioni di latte destinato al consumo in Torino, l'O. ha potuto stabilire che una gran parte di essi presentava un pH maggiore di 6,8 o minore di 6,4, ciò che è indizio di insalubrità, confermata dall'alto numero di germi per cc., e dall'esito delle prove reduttasimetrica e catalasimetrica.

In conclusione, la determinazione dell'acidità attuale del latte con i metodi descritti è sufficientemente esatta e più semplice e rapida sia del conteggio microbico e leucocitario, sia delle prove della reduttasi e della catalasi.

Dott. E. SATTA. — *Azione microbicida del vapore acqueo sotto pressione sul latte.*

Latte e tubercolosi umana.

Dott. P. DOGLIO. — L'importanza che può assumere il latte, proveniente da bovine infette di tubercolosi, come fonte di tale infezione nell'uomo, è sicuramente provata per la tubercolosi infantile. Dalle statistiche risulta infatti l'elevata frequenza del ceppo bovino nella tbc. ghiandolare, ossea e meningea dell'uomo al disotto dei 15 anni. Il latte può inoltre essere infettato con bacilli tubercolari di tipo umano dal personale addetto alla mungitura o allo smercio di esso, quando sia colpito da forme di tbc aperta.

I principi che sec. l'O. devono presiedere alla lotta contro questa fonte dell'infezione tubercolare sono: 1) pasteurizzazione del latte alimentare, della panna e del latte destinato alla produzione di formaggi e latticini; 2) tubercolinoreazione del bestiame almeno una volta all'anno; intradermoreazione alla tubercolina ogni sei mesi; 3) eliminazione delle vacche infette; 4) visita periodica del personale addetto all'industria del latte.

Il Segretario: Prof C. F. CERRUTI.

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Adunanza del 18 marzo 1933.

Profilassi e cura della paralisi progressiva. Esiti lontani della malarioterapia.

Prof. V. M. BUSCAINO. — Le remissioni ottenute, nel corso della paralisi progressiva, con il trattamento malarico, s'attenuano rapidamente con l'andar degli anni.

In attesa di « rimedi » più efficaci contro la detta malattia occorre, per la profilassi della « sifilide nervosa » in senso lato, *potenziare* la cura dei sifilitici associando al trattamento specifico la sulfopiretoterapia.

Invaginazione cronica ileo-ceco-colica da adenocarcinoma del ceco. Emicolectomia destra. Guarigione persistente a 4 anni di distanza.

Prof. G. ZURRIA. — Infermo di 30 anni. Per un anno e mezzo dolore alla fossa iliaca destra con parossismi peristaltici ogni 5-6 ore seguiti da emissione di sangue rosso. Presenza di una piccola tumefazione alla fossa iliaca destra dall'inizio dei disturbi.

Entra in Clinica in condizioni di profonda anemia e di grave deperimento. Grossa tumefazione all'ipocondrio destro.

L'esame radiologico conferma la diagnosi clinica di invaginazione cronica ileo-ceco-colica da probabile tumore.

Il 20 agosto 1929 emicolectomia destra con ileotrasverso-stomia isoperistaltica latero-laterale all'unione del terzo destro col terzo medio del colon, in immediata vicinanza dei cul di sacco intestinali.

Decorso post-operativo normale.

Reperto anatomo-patologico: intussuscezione ileo-ceco-colica; tumore della testa dell'intussuscepto.

Diagnosi istologica: adenocarcinoma del ceco con metastasi glandolari.

L'infermo rapidamente riacquista il pieno vigore e le perfette funzioni intestinali.

Viene presentato alla Società a 4 anni di distanza perfettamente guarito. L'esame radiologico, eseguito pochi giorni fa, conferma il normale funzionamento della stomia e rivela la presenza di una grossa dilatazione del moncone prossimale del colon, che ha assunto la forma e l'aspetto di un megaceco.

Dott. G. DE GAETANI. — *Su di un caso di ulcera semplice dell'esofago.*

Quadri anatomici dell'ipertrofia prostatica e lesioni testicolari.

Dott. G. DE GAETANI. — L'O. basandosi sullo studio istopatologico di prostate ipertrofiche e dei relativi testicoli discute le varie teorie etiopatogenetiche dell'ipertrofia prostatica riferendosi specialmente a quelle che ammettono un certo rapporto tra essa e le ghiandole seminali.

Il Segretario.

Società Medico-Chirurgica Bergamasca.

Seduta del 18 febbraio 1933.

Presiede: Prof. P. D'ALESSANDRO, presidente.

Alcuni casi dimostrativi a sostegno della preferenza per la resezione gastro-duodenale nella cura dell'ulcera gastrica.

Prof. LUSSANA. — L'O. presenta alcuni casi che oltre il maggior valore terapeutico della gastro-duodeno-resezione, dimostrano l'opportunità dell'intervento operatorio nei casi che con il trattamento medico non guariscono dopo 6-12 mesi per prevenire le gravi conseguenze dell'ulcera e sopratutto la cancerizzazione. Su 33 resezioni l'O. ha trovato 5 casi di ulcera cancerizzata (controllo istologico). Percentuale del 15 %, certamente così alta perchè il numero delle resezioni è piccolo ed i casi venuti al tavolo operatorio sono stati gravi, avanzati.

Riparazione operatoria di gravi esiti di inadeguato trattamento di frattura del femore.

Prof. LUSSANA. — L'O. presenta un operaio che aveva riportato una frattura chiusa a quattro frammenti del femore destro al terzo medio. Curato inadeguatamente, presentava angolatura di 60° a vertice esterno al terzo medio della coscia; ginocchio rigido; gamba accorciata di cm. 11,5 per accavallamento e deviazione laterale. Mediante interventi di cui il primo ricompose l'asta femorale, il secondo portò un autotrapianto di tibia dell'altro lato di cm. 10-12 a riempire un intervallo fra i monconi, il soggetto è presentato con arto a forma normale, accorciato solo di cm. 5, callo ben conformato, ginocchio con movimenti attivi di flessione oltre i 90° e deambulazione buona.

Discussione: GALMOZZI, CASTELLI, D'ALESSANDRO.

Seduta del 15 marzo 1933.

Presiede: Prof. D'ALESSANDRO, presidente.

Dott. BUSACCA. — *Su di un caso di cisto-adenoma della ghiandola lacrimale.*

Sintomi neurotici e psichici da traumi cranici.

Dott. ZILOCCHI. — L'O. sulla guida della propria esperienza di psichiatra e neurologo, discute l'essenza clinica delle neurosi posttraumatiche nei riguardi della simulazione, del pronostico, del fattore costituzionale, concludendo che spesso i sintomi subbiettivi e psichici sono originati da lesioni organiche ed anche quando le manifestazioni nervose siano di pura origine psichica, devono essere considerati come risultante di modificazioni anatomo-fisiologiche.

Discussione: POLETTI, CASTELLI, D'ALESSANDRO, VITERBI.

Come sintesi della discussione fu votato il seguente O. d. g.: « La Soc. Med.-Chir. Bergamasca, ritenendo dimostrato dall'esperienza che l'insorgenza dei sintomi di lesioni organiche, consecutive a traumi cranici può essere più o meno tardiva, fa voti che la prescrizione sia portata da due a cinque anni ».

Meningiti purulente acute. Loro cura.

Prof. MINELLI. — L'O. descrive un gruppo di m. p. a. cadute sotto la sua osservazione negli ultimi tempi, nelle quali il liquor aveva carattere nettamente granulocitico ma non conteneva germi sicuramente dimostrabili nelle varie culture eseguite.

La cura di queste meningiti, sulla cui patogenesi e natura non è per ora possibile pronunciarsi, non ha dato risultati mediante iniezioni endorachidee di siero antimeningococcico, mentre in tutti i casi si è ottenuta la guarigione senza postumi con l'ascesso da fissazione.

Il Segretario: Dott. CASTELLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Linfosarcoma e leucemia acuta.

La interessantissima nota di K. Kato e A. Brunschwig (*Arch. of int. Medic.*, vol. 51, 1, 1933 non soltanto riguarda il problema ematologico del rapporto tra i due fenomeni morbosi ma ha un particolare significato pratico e terapeutico.

Esso riferisce infatti due casi presentatisi con adenopatie sistematiche, esterne o mediastiniche, in cui la biopsia permise di fare con certezza diagnosi di linfosarcoma: questi malati furono, naturalmente, irradiati e con beneficio immediato; ma l'uno e l'altro, pochi giorni dopo, cominciarono a presentare il quadro clinico di una leucemia linfatica che decorre acutamente ed ebbe esito mortale: l'autopsia confermò la diagnosi.

Ora questi due casi, mentre da un lato sembrano confermare in modo evidente l'opinione, ormai sostenuta da molti Autori, che cioè il linfosarcoma e la leucemia linfatica non siano che stadii diversi di uno stesso processo, fanno dall'altro nascere il quesito se la Roentgenterapia debba considerarsi responsabile di codesta particolare evoluzione del quadro morboso.

V. SERRA.

L'anemia reumatica.

L'esistenza dell'anemia reumatica è quasi universalmente ammessa, dopo le ricerche di Hayem e di Malassez, anche se si tratta in generale di un sintoma di secondo ordine, la cui importanza ed il cui significato vennero successivamente variamente considerati.

Alcuni casi sono però veramente suggestivi in questo senso e Meerssemann, Friess e Lemaistre (*Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 8 luglio 1932). ne illustrano quattro. Il primo si riferisce ad un malato che, dopo due attacchi di poliartrite reumatica acuta, rimase modicamente anemico, e che, attraverso un trattamento salicilico, guarì della sua anemia.

L'etiologia reumatica non sembra contestabile: si trattava secondo gli AA. di una forma anemica prolungata di malattia di Bouillaud.

Negli altri tre casi, la sindrome anemica si costituì parallelamente a quella articolare, e, ciò che veramente sembrò avere un significato, fu la fortunata e rapida azione terapeutica del salicilato, su tutti i sintomi, che avevano invece resistito ad un trattamento puramente ematologico.

Gli AA. ne deducono che, almeno per certe anemie febbrili criptogenetiche, l'etiologia reumatica deve essere pensata, ricercata, ed eventualmente trattata con salicilici. Già Hayem aveva affermato, che non si può non ammettere in pratica che esistano lesioni reumatiche all'infuori di qualsiasi lesione articolare.

M. COPPO.

Sull'anemia perniciosa.

B. Straudell (*Acta Medica Scandinavica* - Supplemento XL) prende occasione dallo studio completo di 117 casi di anemia perniciosa capitati sotto la sua osservazione nella Clinica del prof. Holmgren, per fare della malattia una rivista completa ed aggiornata con le ultime ricerche.

Trattando della sintomatologia discute così i sintomi locali e generali, quelli a carico del sistema nervoso centrale e quelli cardiaci, le alterazioni del *fundus oculi*, gli edemi, i sintomi urinari e quelli digestivi compresavi l'achilia gastrica caratteristica.

Riferisce del metodo di trattamento usato e dei risultati ottenuti, discute i casi a lungo decorso (anche 7 anni) e del corso della malattia dopo il primo trattamento ospedaliero.

Viene poi a discutere i rapporti e la diagnosi differenziale fra anemia perniciosa e anemia da botriocefalo, quelli fra cancro dello stomaco e anemia perniciosa, fra anemia perniciosa e ulceri o resezioni intestinali. In ultimo parla delle relazioni fra lues, tubercolosi e anemia perniciosa. Il lavoro, che è una vera monografia sull'argomento, appare veramente utile sia per lo studioso che per il medico pratico.

G. LA CAVA.

La terapia dell'anemia perniciosa con estratti epatici iniettabili.

Meyer, Richter e Ivi (*Arch. of Internal Medecine*, ottobre 1932) hanno tentato con un preparato di fegato di cavallo da loro stessi elaborato (estratto epatico in alcool assoluto, essicato e poi sciolto in acqua distillata in modo da farne una soluzione isotonica, e tale che 1 cc. di soluzione equivalesse a gr. 10 di fegato).

Dopo aver prima controllato su animali che il prodotto non avesse proprietà tossiche, essi lo hanno provato su un gruppo di 13 malati di anemia perniciosa progressiva i quali non erano mai stati, o da tempo non erano più, sottoposti ad alcuna terapia specifica.

In nessun caso l'iniezione, nè per via intramuscolare, nè per via endovenosa, ha dato fenomeni di intolleranza.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad iniezioni quotidiane per un lasso di tempo oscillante tra 6 e 8 settimane, dopo il quale periodo i malati erano clinicamente guariti. Durante il trattamento il quadro ematologico è stato studiato quasi quotidianamente, e si è notato un aumento medio quotidiano di 48-57.000 eritrociti mentre l'aumento del tasso emoglobinico era del 0,70-0,99.

Nessun inconveniente si è verificato neanche con le iniezioni endovenose, qualora però queste fossero fatte con la dovuta lentezza (1 cc. di liquido a minuto), chè altrimenti si aveva una rapida, transitoria caduta della pressione arteriosa.

M. PONS.

SEMEIOTICA.

Reazione cutanea nei malati di fegato.

Crediamo che la breve nota preventiva di Schoch (*Klin. Woch.*, 10 dic. 1932) circa la dimostrazione di una ipersensibilità cutanea della cute degli epatopazienti all'istamina meriti la massima attenzione; questo Autore ha visto che i malati di fegato reagiscono con la nota triplica reazione di Lewis (arrossamento locale, arrossamento periferico ad alone e formazione di pomfo) all'introduzione cutanea, per via elettrosmotica, di dosi di istamina 10 volte minori di quelle capaci di dar questa reazione nella normale: chi ha seguito le interessanti ricerche fatte in questi ultimi anni sul tono dei vasi cutanei e sull'orientamento vegetativo della cute nei malati di fegato, comprenderà l'importanza delle osservazioni dello Schoch e le nuove vie che aprono ad ulteriori ricerche.

V. Serra.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Fisiopatologia mesocefalo-ipofisaria.

G. Campailla (*Giornale di Psichiatria e di Neurologia*, fasc. II e III, 1932) si occupa in un primo tempo dell'anatomia e della struttura dell'ipofisi nonchè della base diencefalica, riportando le più recenti cognizioni di citoarchitettonica di questa regione. L'A. poi espone e studia una serie di vedute, che sono appoggiate dalla ricca casistica della Scuola ferrarese, alla quale servono felicemente di guida e direttiva clinica; trattando del meccanismo della secrezione ipofisaria egli propende ad assegnare al solo lobo anteriore funzione secretoria e interpreta le infiltrazioni epiteliali nella postipofisi come propagini del lobo anteriore: i segni degenerativi che queste cellule epiteliali spesso mostrano sarebbero immagini di olocrinia. In base alle profonde vedute di Gley. l'A. nega che dall'azione di un estratto si possa dedurre la funzione di un organo e, richiamando gli studi di Valenti sulla scissione atomica delle sostanze chimiche, pensa che il secreto ipofisario, passando dal lobo anteriore a quello posteriore, suddiviso e frazionato, vi subisca una dinamizzazione che lo renda atto a tonificare i centri mesocefalici soprastanti. Si spiega così come l'estratto di lobo posteriore possa produrre azioni farmacologiche che non si ottengono dal lobo anteriore, ancorchè la provenienza remota di quegli estratti sia pure dal lobo anteriore.

Sono quindi passati in rassegna i vari problemi di fisiopatologia mesocefalo-ipofisaria, metabolismo idrosalino, metabolismo dei carboidrati, metabolismo dei grassi, azione sull'apparato genitale, sulle funzioni psichiche, ecc. fino agli ultimi capitoli più moderni, come quelli sui rapporti tra ipofisi ed epilessia e sulla regolazione della crasi sanguigna.

Circa l'ipotesi da altri emessa di un'origine dell'acromegalia da adenomi acidofili, l'A. crede che questa ipotesi non valga a spiegare i casi di acromegalia, senza adenomi ma con altri tumori distruttivi dell'ipofisi e i casi di adenomi acidofili senza acromegalia.

Pertanto, conforme alle vedute della Scuola, l'A. ritiene che l'acromegalia debba essere la risultante di tre fattori variamente combinati o preponderanti l'uno sull'altro: una iperplasia endocrinica osteogenetica dell'ipofisi, un disturbo da deficit del centro mesocefalico inibitore (regolatore) della crescenza ossea e viscerale, una suscettibilità morbigena delle parti ossee e viscerali a risentire particolarmente la influenza di dette alterazioni endocriniche e simpatiche.

A. P.

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO

La vaccinazione antidifterica.

Circa due anni fa, illustrando in questa rubrica (1) la profilassi della difterite, accennammo al contributo che gli ufficiali sanitari possono e debbono portare all'applicazione della vaccinazione antidifterica. Sembra ora opportuno ritornare sull'argomento, per esporre le più recenti acquisizioni scientifiche e pratiche in merito a questo importante metodo di profilassi immunitaria, sulla scorta dell'interessante comunicazione: « Le vaccinazioni antidifteriche in Italia durante l'anno 1931 » fatta dal prof. R. Maggiora Vergano al Congresso nazionale della Società Italiana di Pediatria, in Perugia, nel settembre 1932 (2).

Nel 1930 le vaccinazioni eseguite in Italia furono oltre 80 mila, delle quali la maggior parte (oltre 60 mila) per via ipodermica, le altre per via nasale, e pochissime per via percutanea; distribuite in 43 provincie ed in 135 comuni. Le complicanze, di non grave entità, non furono superiori al 5 %.

Nel 1931 furono fatte circa 163 mila vaccinazioni, di cui oltre 120 mila per via ipodermica, le rimanenti per via nasale, tranne poche centinaia per via percutanea la pratica fu applicata in 76 provincie e in 582 comuni; furono rare e lievi le complicanze.

I casi di difterite fra i vaccinati furono segnalati in numero di 148 (0,09 %) ed ebbero generalmente decorso benigno, eccettuati alcuni pochi insorti durante o subito dopo la vaccinazione, quando presumibilmente l'immunità non si era ancora stabilita in modo completo.

---

(1) Policl., Sez. prat., n. 5, 2 febbr. 1931.

(2) Boll. della Soc. it. di Ped., a. I, fasc. 6, 1932.

Come è noto, una limitata percentuale di colpiti fra i vaccinati si può avere anche nelle vaccinazioni contro altre malattie infettive, e non infirma il valore del metodo per la profilassi delle collettività infantili.

La maggior parte delle vaccinazioni fu eseguita infatti in tali collettività (asili, scuole, colonie, istituti di ricovero, ecc.). In occasione di alcuni focolai epidemici di difterite, la pratica fu adottata anche per l'intera popolazione infantile di un centro abitato, ottenendo rapidamente l'estinzione del focolaio.

Questi pochi dati sembrano sufficienti a dimostrare i progressi del metodo di vaccinazione antidifterica di Ramon, il cui impiego è raddoppiato nel secondo anno della sua applicazione, e testimoniano del favore incontrato nella classe medica e nelle famiglie da tale misura profilattica, che solamente in casi limitati è stata resa obbligatoria con provvedimento dell'autorità sanitaria.

Oltre a questi confortanti risultati ottenuti in Italia, possiamo anche ricordare i consensi, a favore della vaccinazione antidifterica, espressi in importanti riunioni scientifiche e tecniche.

Così nel III Congresso Nazionale di Microbiologia (Milano, aprile 1931) fu approvato un ordine del giorno che, mentre plaudiva all'opera svolta dalla Direzione generale della Sanità pubblica indirizzata alla diffusione della pratica della vaccinazione antidifterica a mezzo dell'anatossina di Ramon, faceva voti perchè tale metodo vaccinale venisse generalizzato con le opportune garanzie atte a volgarizzare il più possibile questo utilissimo mezzo di difesa preventiva contro l'infezione difterica.

Anche la Commissione internazionale per lo studio della vaccinazione antidifterica e antiscarlattinosa, nella riunione di Londra (giugno 1931), approvò, fra le altre, alcune conclusioni fondate sui seguenti punti:

la vaccinazione contro la difterite produce una diminuzione considerevole della mortalità e della morbilità fra i bambini vaccinati in condizioni opportune e con vaccini efficaci;

le reazioni qualche volta osservate dopo l'iniezione di vaccini antidifterici non sono temibili e non devono ostacolare la propaganda in favore della vaccinazione dei bambini, compresi i tubercolotici, nè impedire l'uso di vaccini molto attivi;

l'anatossina è il più efficace di tutti gli antigeni sinora studiati comparativamente, e deve essere raccomandata;

la via d'introduzione raccomandata è quella sottocutanea, riservando la via nasale ai casi in cui non è possibile l'impiego della prima;

la vaccinazione deve comprendere tre iniezioni; si può sperare che nell'avvenire l'uso di un antigeno più attivo permetterà di ridurre le iniezioni a due o meglio ad una sola;

gli intervalli raccomandati fra le varie iniezioni sono di tre settimane fra la prima e la seconda ed almeno due settimane fra la seconda e la terza;

la vaccinazione è raccomandabile nel periodo prescolare, a partire dalla fine del primo anno; i bambini non vaccinati in questo periodo, lo saranno nel primo anno di frequenza alla scuola;

è raccomandabile esigere dai ricoverati e dal personale delle collettività infantili un certificato di subìta vaccinazione o di reazione di Schick negativa;

la vaccinazione è raccomandata per le infermiere e per il personale di servizio di ospedali, asili, dispensari, sanatori, scuole, ecc., e per il personale medico degli ospedali;

la vaccinazione è raccomandabile, in periodo di epidemia, sui bambini che sono stati in contatto con ammalati; non si ha motivo di ritenere che esista una fase negativa.

In Francia con decreto del 21 dicembre 1931 è stata resa obbligatoria la vaccinazione antidifterica nell'armata in tutti i militari recettivi (prova di Schick), nelle guarnigioni, concentramenti di truppe, nelle forze navali, ecc., ove la difterite si manifesta allo stato endemico o sotto forma epidemica.

Nel Cantone di Ginevra è stata resa obbligatoria la vaccinazione antidifterica per tutti gli alunni delle scuole infantili e primarie.

A proposito dell'obbligatorietà della vaccinazione è interessante riportare il parere approvato dal Consiglio Superiore di Sanità nell'adunanza del 30 giugno 1932:

« Il Consiglio Superiore di Sanità, lieto di rilevare come la vaccinazione contro la difterite col metodo dell'anatossina Ramon abbia avuto in Italia negli ultimi due anni una larga applicazione, che ne conferma la piena efficacia, plaude all'opera svolta dalla Direzione di Sanità, approvandone le direttive intese a creare una coscienza pubblica sempre più favorevole alla diffusione di detto metodo profilattico.

Ed esprime il parere:

Che nelle attuali condizioni non sembra consigliabile il dare a tale vaccinazione un carattere di obbligatorietà generale, tenuto conto sia della situazione epidemiologica del nostro paese, dove l'infezione difterica, se pure persistente, non accenna come altrove ad assumere una sensibile recrudescenza, e sia delle difficoltà di ordine pratico tuttora inerenti all'applicazione del metodo stesso, quali la necessità di una triplice inoculazione, il periodo di tempo all'uopo occorrente, il costo del vaccino.

Che, d'altronde, è sempre dato all'Autorità sanitaria di poter rendere obbligatoria la vaccinazione in contingenze particolari quando, cioè, si tratti di focolai che accennino a diventare epidemici, o che rivelino uno stato di persistente endemicità.

Che invece come norma sia consigliabile di proseguire nell'indirizzo di attiva propaganda adottato finora dalla Direzione di Sanità, con le seguenti raccomandazioni:

a) d'intensificare i mezzi di penetrazione nei confronti di quelle regioni, dove il metodo della vaccinazione risulta poco diffuso, o addirittura non applicato;

b) di diffondere sempre più l'adozione dei metodi batteriologici nell'accertamento dei portatori, sopratutto per quanto riguarda la profilassi nelle scuole;

c) di prendere opportuni accordi, oltre che con l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, altresì con l'Opera Nazionale Balilla per un'azione comune favorevole alla maggiore diffusione della vaccinazione stessa ».

Anche la Società Italiana di Pediatria, nel ricordato Convegno Nazionale di Perugia, dedicato al problema della profilassi e della terapia specifica della difterite, chiudeva un ordine del giorno sul tema del convegno con queste parole:

« ...plaude all'opera svolta dalla Direzione generale della Sanità pubblica nei riguardi della propaganda per la maggior diffusione della vaccinazione antidifterica; consiglia infine di dare ampio sviluppo alle vaccinazioni antidifteriche a mezzo dell'anatossina di Ramon come mezzo profilattico attualmente più efficace per la difesa contro la difterite ».

In considerazione dell'esteso impiego che già si fa del vaccino antidifterico, si è riconosciuta l'opportunità di garantire al pubblico l'efficacia e l'innocuità dei preparati messi in commercio a tale scopo. A ciò si è provveduto con Decreto ministeriale del 10 gennaio 1932, numero 488, che ha sottoposto a controllo di Stato preventivo obbligatorio l'anatossina difterica.

Da quanto è stato esposto si può dunque con sicurezza concludere che la vaccinazione antidifterica, col metodo dell'anatossina, ha ormai brillantemente superato la fase sperimentale, e che merita di essere attuata su vasta scala e con piena fiducia dalle autorità preposte alla difesa sanitaria della popolazione, e che ciò deve valere sopratutto per i Comuni minori, dove spesso le deficienze dei pubblici servizi d'igiene rendono difficile e precaria la sola applicazione delle ordinarie misure profilattiche.

A. Franchetti.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. S. C. Z., da C.:

In tesi generale non è mai possibile attestare *dopo tre mesi* che una donna abbia avuto un aborto di poche settimane e nemmeno dei primi mesi. Non ne restano tracce identificabili con certezza: il ritorno dell'apparato genitale alla norma è compiuto in poche settimane.

p. g.

All'abb. n. 10.448:

Non mi consta che siano stati pubblicati dizionari medici italiano-tedesco e viceversa, più recenti di quello da lei già conosciuto. Uno dei dizionari (non però medico) più recente è quello del metodo di De Lysle (Casanova ed. Torino), che porta anche un dizionarietto di termini tecnici.

Trattasi purtroppo di una lacuna della nostra letteratura scientifica, che si ripercuote poi nei non rari errori di traduzione che si leggono spesso e che sono dovuti, oltre che alla scarsa cultura od alla noncuranza di qualche traduttore, alla mancanza di un dizionario che dei relativi vocaboli tecnici dia il preciso corrispondente italiano. *fil.*

All'abb. n. 2494:

Oltre ai noti trattati di Joslin (Lea e Febiger editori) e di W. Sansum (Treatment of Diabetes mellitus, London, 1930) può consultare i seguenti libri: H. Chabanier, M. Lebert e C. Lobo-Onell. Physiopathologie et traitement du diabète sucré. Masson, Paris, Fr. 50. L. Zoja. Il diabete. L. Pozzi, Roma. H. Schwab. Hygiène et diététique du diabétique. G. Doin, Paris, 12 fr. M. Silvestri Lapenna. Come si deve alimentare il diabetico. Libreria di scienze e lettere, Roma. L. 5. *fil.*

VARIA.

La pletora medica in Europa.

L'Ufficio Internazionale del Lavoro (B. I. T.) pubblica il seguente quadro relativo alla pletora medica in Europa:

NAZIONI	Popolazione	Numero di medici	Numero d'abitanti per ogni medico
Inghilterra	44.186.638	53.769	822
Norvegia	1.600.000	1.500	1.067
Italia	41.860.000	34.350	1.218
Svizzera	3.980.000	3.234	1.231
Ungheria	8.700.000	6.742	1.290
Estonia	1.110.000	837	1.326
Germania	63.180.000	47.000	1.344
Danimarca	3.600.000	2.450	1.469
Francia	40.743.251	27.000	1.509
Olanda	7.526.097	4.876	1.543
Lussemburgo	280.000	180	1.556
Belgio	7.500.000	3.200	2.344
Svezia	6.036.118	2.200	2.744
Bulgaria	5.200.000	1.700	3.059
Polonia	29.249.000	8.804	3.322
Jugoslavia	13.200.000	3.700	3.568

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Sull'ordinamento dell'assistenza ospitaliera

L'organizzazione dell'assistenza negli ospedali è sempre argomento di studio e discussione, e non può essere a meno data l'importanza ognora più vasta della funzione che a tali istituti è affidata e che preme rendere sempre più pronta, estesa, efficace, mentre i mezzi sono in proporzione scarsi. Occorre un ordinamento che corrisponda in tutti i gradi ai fini di un servizio completo di assistenza sociale e non sia eccessivamente costoso; per questo si impone il coordinamento della funzione degli ospedali per determinati territori allo scopo di ottenere il rendimento migliore e più economico, che ispiri piena fiducia alle popolazioni.

Di questo argomento ebbi ad occuparmi fino dal 1919 ed anche su questo giornale nel 1924, e discussioni e proposte non mancarono.

Ora è da tener presente la circolare del Ministro dell'Interno dell'agosto 31 che stabilisce molto provvidamente due principi importanti: dichiara non attuabile la soppressione dei piccoli ospedali e prende in esame la convenienza di una federazione tra gli Enti ospitalieri di una Provincia o di più Provincie ed invita i Prefetti ad esaminarne l'opportunità. Sarebbe di grande interesse che questo fosse fatto con sollecitudine e larghezza di vedute, data la necessità di riparare a deficienze, che in molte parti persistono, ed i vantaggi dal lato sanitario ed economico.

Il fondamento deve sempre essere l'organizzazione completa dell'ospedale del capoluogo di Provincia, in modo che tutti i servizi vi abbiano l'efficienza che si richiede. Occorre vi siano un Direttore sanitario, che ad essi esclusivamente presieda, e Primari di riconosciuto valore; che vi funzionino riparti per tutte le specialità, gabinetti ben dotati per le cure fisiche, laboratori per le ricerche di bacteriologia e di chimica, scuola per il personale di assistenza che tanto interessa elevare. È necessario vi trovino mezzi di cura adatta sia come ricoverati che ambulatoriamente tutti gli infermi che provengono dalla Provincia per il necessario intervento di specialisti o per indispensabili ricerche diagnostiche o per le difficoltà del caso.

Nei medesimi ospedali poi i giovani laureati avranno centro adatto di studio e di pratica.

Gli ospedali minori sparsi per la Provincia sono da destinare al ricovero dei malati acuti di medicina e di chirurgia ed ai casi di ostetricia ed inoltre alla cura degli infermi di malattie infettive per allontanarli rapidamente dall'ambiente domestico. Per i tubercolotici è bene vi siano istituti speciali, in mancanza dovranno in questi centri minori esservi reparti adatti per essi, e in ogni caso fa d'uopo vi trovino ricovero provvisorio. Occorre pure che funzionino presso tutti gli ospedali servizi ben organizzati per cure ambulatorie.

Inoltre è necessario che la cura presso gli ospedali sia opportunamente collegata con quella a domicilio, così da integrarsi a vicenda.

I cronici ed i convalescenti non debbono rimanere negli ospedali di acuti per ovvie ragioni, ma vanno ricoverati in istituti speciali a preferenza in campagna, dove le condizioni di ambiente sono favorevoli ed il costo è più limitato; la spesa naturalmente farebbe carico agli Enti che per legge vi sono tenuti. È da studiare anche di occupare tali degenti in adatti lavori, portando ad essi distrazione e qualche beneficio, come pure per l'Ente.

Ogni ospedale anche piccolo dovrebbe poi servire come centro di educazione igienica; a tal fine tutto il personale superiore e subalterno dovrebbe dare opera coscienziosa, portando contributo a formare e sviluppare nel popolo quella coscienza igienica che farà realizzare tanti beneficii in ogni campo.

La soppressione di ospedali nei centri minori di popolazione non è ammissibile che come eccezione, i vantaggi che essi danno ne rendono la funzione sempre benefica alle popolazioni agricole, il cui incremento va giustamente in ogni modo favorito.

Occorre poi sia facilitato il trasferimento dei malati da un ospedale ad un altro, quando condizioni speciali ad es. climatiche e anche famigliari lo richiedono; a tale uopo sarà necessario l'accordo anche tra ospedali di diverse Provincie.

Non minore importanza ha la federazione ed il relativo coordinamento di servizi degli istituti ospitalieri che esistono in una medesima città. Non conviene che funzionino in modo tra loro del tutto slegato, avendo spese maggiori, mentre l'organizzazione dell'assistenza — che è funzione sociale — non è razionalmente ordinata.

Ancora è da ripetere il voto che vengano emanate disposizioni legislative sugli ospedali al fine di stabilire le linee generali per la federazione e renderne migliore e meglio ordinato il funzionamento sotto direzione tecnica competente e vigile, e per la parte sanitaria e per quella economica. Così sono pure da disciplinare, come da tempo si chiede, le condizioni di nomina e di carriera del personale tecnico e di quello subalterno, in modo che si abbiano attraverso concorsi tutte le garanzie di competenza, di attività, di zelo per il bene dei malati.

Prof. LUIGI BALDASSARI (Genova - Pegli).

CONCORSI.

Posti vacanti.

Aggius (*Sassari*). — Scad. 25 mag.; 1ª condotta: L. 8096 oltre L. 2200 cav., L. 880 arm. farm., lire 704 uff. san.; 2ª condotta: L. 8976 oltre L. 2200 cavalc., L. 880 arm. farm., L. 176 uff. san. Per le due condotte ritenute di legge; età lim. 35 a., iscrizione al P. N. F.; tassa L. 50.

Alessandria (*Egitto*). *Consiglio Quarantenario.* — È aperto il concorso a due posti di medici nel Servizio quarantenario. I candidati devono essere regolarmente diplomati da una Facoltà medica europea o dallo Stato; età 25-40 anni; retribuzione L. E. 40 il mese, aumentabili a 48; per eventuale servizio notturno L. E. 10 mensili; divieto di esercizio libero. Titoli. Anno di prova, dopo il quale i titolari dovranno essere in grado di espletare le formalità del servizio in tre lingue: francese, inglese e arabo. Rivolgersi al Presidente del Consiglio Quarantenario, Alessandria, Egitto. Scad. 1° giugno.

Bari. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 30 giu., ore 12; titoli ed esami; coadiutore della Sez. Med.-Micrograf. del Laborat. prov. d'igiene e profilassi; L. 16.000 e 2 quadrienni di L. 1000, oltre L. 4000 serv. att.; riduz. 12 %; emolumento proventi analisi; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 1° apr.

Benevento. *Amministrazione Provinciale.* — Il Commissario Straordinario in data 10 aprile 1933, informa che il concorso pubblico, bandito con avviso 22 marzo 1933, per un posto di Assistente presso la Sezione Chimica e per un posto di Assistente presso la Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi di Benevento è revocato.

Brindisi. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami. Posti di Ufficiale Sanitario di Fasano, Mesagne e Oria. Stipendio rispettivamente L. 7000, L. 5000, L. 5000 al lordo delle ritenute e riduzioni di legge, con 5 aumenti quadriennali del decimo. Nessuna limitazione dell'esercizio professionale. Limite di età anni 45, salvo quanto è disposto dall'art. 8 del R. D. 29-11-1925, n. 2266. Documenti di rito e titoli alla R. Prefettura di Brindisi non più tardi del 30 giugno 1933 (XI).

Busca (*Cuneo*). — Scad. 15 mag., ore 18; L. 8000 soggette a riduz. 12 %.

Camporgiano (*Lucca*). — Scadenza 31 maggio; L. 9000 e 5 quinquenni dec., oltre L. 2000 trasp., L. 700 se uff. san., L. 1900 quota mobile se coniugato, L. 200 carceri mandamentali.

Casei Gerola (*Pavia*). — Scad. 16 mag., L. 11.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 300 ambulat; età lim. 40 a.

Castelnuovo Don Bosco (*Alessandria*). — Per titoli. Posto di medico condotto comunale. Scadenza ore diciassette del giorno 30 giugno 1933. Per informazioni rivolgersi all'Ufficio Comunale.

Como. *Ospedale Psichiatrico.* — Scad. 15 mag.; medico primario e medico di sezione; rispettiv. L. 12,000 e L. 11,000, oltre L. 1500 e L. 1200 serv. att.; c.-v.; ritenute di legge. Titoli ed esami.

Fasano. — (Vedi Brindisi).

Forlì. — Concorso per titoli ed esami al posto di Medico-Direttore del Consorzio e del Dispensario Provinciale Antitubercolare di Forlì. Scadenza ore diciasette del 31 maggio 1933-XI. Stipendio annuo L. 20.000 aumentabile di un decimo per cinque quinquenni. Supplemento di servizio attivo L. 4000. Riduzione del 12 % e ritenute come per legge. Età massima anni 45, s. e. l. Domanda, documenti di rito, diploma e prove di esami, come al bando di concorso, da richiedersi alla Segreteria del Consorzio. Tassa di concorso di lire 50,10.

È inibita la professione libera, salvo la privata consulenza nella specialità. A parità di merito, preferenze e precedenze come per legge, agli aventi diritto. Durata della nomina: un quinquennio con tacito rinnovo come al regolamento e capitolato, estensibili nella Segreteria del Consorzio.

Forlì. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami. Posto di ufficiale sanitario per Cesenatico. Stipendio annuo lordo di ricch. mob. L. 9000 oltre la indennità di caro-viveri. Scadenza 31 maggio 1933.

Lecco (*Como*). — Al 31 mag., ore 18, 5ª condotta; titoli ed esami; L. 9000 oltre L. 3000 trasp., addizionale L. 2,50 ogni povero in più di 1400; riduzioni e trattenute di legge; età lim. 35 a.; 2 anni di laurea, 1 anno di assistentato effettivo in clin. med. oppure 2 in ospedale; doc. a 3 mesi dal 10 apr.

Macerata. *Congregazione di Carità.* — È disponibile, nell'Ospedale civico di Macerata, amministrato dalla Congregazione di Carità, il posto di assistente medico chirurgico provvisorio. Limite di età anni 30. Per chiarimenti gli interessati potranno rivolgersi alla Congregazione di Carità.

Mamoiada (*Nuoro*). — Concorso alla condotta medica di questo Comune, con lo stipendio di L. 8500 oltre L. 1000 per Ufficiale Sanitario, con le riduzioni di legge. Domanda e documenti di rito dovranno pervenire alla Segreteria del Comune di Mamoiada non oltre le ore 19 del 15 giugno 1933.

Mesagne. — (Vedi Brindisi).

Morgongiori (*Cagliari*). — Scad. 10 mag.; L. 9000 oltre L. 500 uff. san., c.-v.

Oria. — (Vedi Brindisi).

Rieti. *R. Prefettura.* — È aperto il concorso, per titoli ed esami, al posto di Ufficiale Sanitario del Comune di Rieti che conta una popolazione di 32.004 abitanti ed una estensione di Kmq. 287,477. Lo stipendio iniziale è di L. 9000 (novemila) annue, soggetto alla riduzione del 12 % e alle ritenute di R. M. e Cassa Pensione, come per legge, pagabile a dodicesimi posticipati, aumentabile di un decimo per ogni quadriennio e per cinque quadrienni consecutivi a partire dal giorno della conseguita stabilità. Il Sanitario nominato avrà ancora diritto ad una indennità di caroviveri nella stessa misura concessa agli altri impiegati dipendenti dal Comune, e fino a quando sarà agli stessi corrisposta. L'Ufficiale Sanitario del Comune dovrà esercitare tutte le attribuzioni stabilite dalle Leggi e RR. Decreti, quelle determinate dallo speciale regolamento sanitario comunale e regolamento organico del personale e degli uffici dipendenti dal Comune, nonchè tutte quelle che in avvenire potranno essere assegnate all'ufficio da nuove disposizioni legislative e regolamentari.

Gli aspiranti dovranno far pervenire alla R. Prefettura di Rieti non oltre le ore 12 del giorno 16 giugno 1933, la domanda corredata dai documenti sottoindicati, stesi in debita carta bollata e legalizzati a norma di legge: 1) Certificato di nascita;

2) Certificato di cittadinanza italiana; 3) Certificato di non aver subito condanne penali per i titoli indicati nell'art. 25 del T. U. della legge Comunale e Provinciale approvato con R. D. 4 febbraio 1915, n. 148, salvo la condanna sia stata seguita da riabilitazione o da amnistia; 4) Certificato di buona condotta morale e politica; 5) Diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo in originale o in copia notarile, o diploma in originale o copia notarile, di laurea in medicina e chirurgia, conseguita entro il 31 dicembre 1924 o entro il 31 dicembre 1925 da coloro che si trovassero nella condizione prevista dal R. D. 31 dicembre 1923, n. 2909; 6) Certificato di aver adempiuto agli obblighi di leva; 7) Certificato di sana e robusta costituzione fisica e di idoneità fisica all'esercizio della carica. I certificati di cui ai N.ri 3, 4 e 7 debbono essere di data non anteriore a tre mesi da quella dell'apertura del presente concorso (odierna). Ogni concorrente allegherà, poi, alla domanda, i titoli scientifici e di carriera che crederà utile nel proprio interesse di produrre, descrivendoli in un elenco in due originali, dei quali uno rimarrà unito agli atti ed il secondo gli sarà restituito con dichiarazione di ricevuta. I concorrenti non dovranno aver superata alla data del presente bando l'età di anni 45 salvo il disposto dell'art. 42 del R. D. 30 settembre 1922, n. 1290 e quello dell'art. 1 del R. D. L. 23 marzo 1933, n. 227. Ai termini dell'art. 26 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889 e dell'art. 1 del R. D. 12 giungo 1923, n. 1437, sono esentati dal limite di età: *a*) i medici provinciali ed i medici provinciali aggiunti, i quali abbiano prestato, per almeno sei anni, servizio effettivo nell'Amministrazione sanitaria del Regno; *b*) coloro che alla data del presente bando di concorso, prestino servizio in un Comune o Consorzio, nella qualità di Ufficiale Sanitario, con nomina biennale o definitiva, o di impiegato di ruolo presso Uffici d'Igiene e presso reparti medico-micrografici dei laboratori di vigilanza igienica; *c*) coloro che alla data del presente bando di concorso, abbiano prestato tre anni di ininterrotto servizio in uno stesso Comune o Consorzio, nella qualità di Ufficiale Sanitario, a seguito di regolare nomina prefettizia anche provvisoria. Gli esami consisteranno in due prove scritte, in due prove pratiche e in una prova orale, secondo i programmi e le norme generali stabilite con decreto 6 febbraio 1926 del Ministero dell'Interno, pubblicato nel Bollettino Ufficiale delle disposizioni del Ministero dell'Interno 1-2 gennaio 1926, e ai sensi dell'art. 3 del R. D. 29 novembre 1925, n. 2266. A parità di merito saranno applicate le preferenze stabilite dalle vigenti disposizioni di legge. La nomina sarà fatta per un biennio di prova a termini dell'art. 18 del Testo Unico delle leggi sanitarie 1° agosto 1907, n. 636 e dell'art. 2 del R. D. 25 novembre 1925, n. 2266. Il vincitore del concorso che non avrà assunto servizio entro i 30 giorni dalla data di comunicazione della nomina, si intenderà rinunciatario, salvo il caso di legittimo impedimento debitamente comprovato. I concorrenti saranno preavvisati in tempo utile circa i giorni e la sede nella quale gli esami si svolgeranno. A tale scopo è necessario che nelle domande essi indichino il loro recapito preciso.

Rieti, li 14 aprile 1933 - XI.

S. GIOVANNI LUPATOTO (*Verona*). — Zona industriale a circa 8 chilometri da Verona. A tutto il 31 maggio 1933 resta aperto il concorso al posto medico del secondo riparto. Per informazioni ed avviso rivolgersi alla Segreteria del Comune inviando francobollo per risposta. Tassa di concorso L. 50,20.

VEDELAGO (*Treviso*). — Stipendio L. 8000. Indennità mezzo trasporto e caro-viveri. Documenti di rito. Scadenza 15 maggio. Per chiarimenti rivolgersi Segreteria Municipale.

VIGEVANO (*Pavia*). *Ospedale ed Istituti annessi.* — È aperto presso l'Ospedale di Vigevano il concorso, per titoli ed esami, al posto di Medico primario della Sezione di Medicina, scadenza 30 maggio 1933. Tutte le condizioni sono pubblicate per esteso nel precedente n. 17.

ZARA. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Concorso al posto di Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio provinciale di igiene e profilassi. Stipendio annuo lordo L. 12.500. Aumenti quadriennali del decimo. Riduzione del 12 % a sensi dell'art. 3 del R. D. L. 20 novembre 1930, n. 1491. Età massima 45 anni. Documenti di rito e titoli scientifici e di carriera che i concorrenti crederanno utili. Scadenza ore dodici del giorno 10 giugno 1933-XI. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale di Zara.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Luis Morquio, cattedratico (professore ordinario) di pediatria a Montevideo, è nominato membro associato straniero dell'Accademia di Medicina di Parigi, onore conferito solo ai massimi esponenti della medicina mondiale.

Il dott. Nicanor Palacios Costa è nominato professore di ostetricia alla Facoltà di scienze mediche di Buenos Aires.

NOTIZIE DIVERSE.

L'Istituto superiore di Odontoiatria "George Eastman,,.

Il 21 aprile il Capo del Governo si è recato, durante la mattinata, a visitare il nuovo Istituto Superiore di Odontoiatria « George Eastman ». Lo accompagnavano l'on. Arpinati, sottosegretario di Stato agli interni, l'on. Starace, segretario del Partito, e altre personalità. Il Duce venne ricevuto dall'on. prof. Amedeo Perna, direttore dell'Istituto, e dal dott. H. Y. Burkhart, che il defunto Eastman nominò suo rappresentante. Dopo gli omaggi dei membri del Consiglio di amministrazione dell'Istituto e dei medici, Egli ha compiuto un giro minuzioso dei magnifici locali, seguito dalle autorità. La visita si è conclusa nel salone destinato alla odontoiatria conservativa, che costituisce la parte più originale e grandiosa dell'edificio.

Il dott. Burkhart, interrogato in inglese dal Duce, ha dichiarato che l'Istituto cui il prof. Perna e l'architetto Foschini hanno dato la loro attiva opera direttiva ed organizzativa, è il più bello ed il più perfetto del mondo.

* * *

Nella serata ebbe luogo la cerimonia ufficiale dell'inaugurazione, alla presenza del Ministro dell'Educazione Nazionale on. Ercole, dell'Ambasciatore degli Stati Uniti S. E. Garret, del dott. Burkhart, del prof. Perna e dell'intero Consiglio di amministrazione, di senatori, deputati, direttori delle cliniche di Roma, generali medici e degli stomatologi partecipanti al XX Congresso stomatologico italiano.

L'Ambasciatore degli Stati Uniti ha dato lettura di un messaggio del Presidente Roosevelt il quale esprime il suo interessamento per l'impresa che « rafforzerà maggiormente i saldi legami di amicizia che uniscono i due popoli degli Stati Uniti d'America e dell'Italia ».

Successivamente il dott. Burkhart illustra i fini cui mira l'istituzione voluta dal grande filantropo americano ed esalta la cooperazione data dal Capo del Governo italiano alla realizzazione dell'iniziativa. Un particolare elogio tributa al Perna, che con la sua esperienza scientifica e il suo spirito di iniziativa dà sicuro affidamento di assolvere il difficile cómpito direttivo affidatogli.

Il direttore della Clinica, prof. Perna, rileva, tra l'altro, che al disopra della realizzazione pratica dell'opera, esiste un fattore spirituale che quasi la idealizza e la sublima, rappresentato dal vincolo di solidarietà umana che viene a stringersi tra il popolo americano e quello italiano.

Parla da ultimo il prof. Lippo, presidente della Federazione Stomatologica Italiana, il quale offre all'on. Perna una targa a ricordo.

L'inaugurazione si chiude con lo scoprimento di un busto in bronzo di Giorgio Eastman.

L'Istituto "Regina Elena,, per lo studio e la cura del cancro.

Il 21 aprile, alla presenza di S. M. la Regina, sono stati inaugurati l'Istituto « Regina Elena », per lo studio e la cura del cancro ed, insieme, il III Convegno nazionale della Lega Italiana per la lotta contro il cancro.

La Regina è stata ricevuta dall'on. Arpinati, che rappresentava il Governo, dal Prefetto Montuori, dal gr. uff. prof. Messea, R. commissario dell'Istituto, dal sen. Bastianelli, direttore dell'Istituto, dal prof. Alessandri, presidente del Convegno, dai membri del Comitato d'onore, dal conte D'Ancora in rappresentanza del Governatore, dal sen. prof. Lustig, presidente della Lega italiana per la lotta contro il cancro e da molte altre autorità.

S. E Messea ha ringraziato la Sovrana e le autorità intervenute ed ha auspicato che la scienza medica possa sempre più perfezionarsi nei mezzi per la lotta contro il terribile flagello.

Il prof. Alessandri, come presidente del Congresso, ha rilevato la necessità di organizzare una lotta efficace contro il male ed ha messo in evidenza il cammino già percorso dalla Lega italiana contro il cancro.

Il sen. Bastianelli ha esposto un completo programma di lavoro dell'Istituto, inspirato ad intendimenti superiori.

Il prof. Pelczar, dell'Università di Wilno, a nome della Lega polacca contro il cancro e di tutti i colleghi stranieri, ha espresso fervidi auguri.

L'on. Arpinati, dopo aver rivolto un omaggio reverente a S. M. la Regina ed aver salutato i promotori del convegno e i congressisti, ha affermato che la lotta grande, nobile, generosa da essi intrapresa è in tutto degna del tempo nostro e degli ideali di pace che si levano da Roma.

L'on. Arpinati si è poi detto certo che l'opera dei convenuti troverà nell'Istituto, protetto dal nome della Regina d'Italia, i mezzi ed i sussidi più moderni per le sue lotte e per le sue conquiste, e varrà a tenere sempre viva la fede contro il dolore e a ridare la speranza e la vita a quanti soffrono nel presente e trepidano per l'avvenire. Con questo augurio l'on. Arpinati ha terminato dichiarando aperto, nel nome Augusto di S. M. il Re, il terzo congresso della Lega contro il cancro e l'Istituto Regina Elena.

Poi S. M. la Regina ha visitato alcuni locali dell'Istituto e della Mostra, annessa al Convegno, di apparecchi scientifici e di opere sul cancro.

Nei giorni successivi si è svolto il convegno, secondo il programma da noi già annunziato. In un prossimo numero ne daremo un breve resoconto.

Alla Reale Accademia d'Italia.

Il Capo del Governo, accompagnato dal Segretario del Partito, si è recato all'Accademia d'Italia, ricevuto dal presidente sen. Marconi, dai membri del Consiglio Accademico e dal nuovo accademico card. Gasparri e ossequiato dagli accademici intervenuti in quasi totalità. Il Duce ha visitato i locali dell'Accademia e si è compiaciuto della rinomanza che questa ha acquistato.

Alla augusta presenza dei Principi di Piemonte e con l'intervento del presidente dell'Accademia sen. Marconi, del ministro dell'Educazione Nazionale on. Ercole e di altre altissime autorità, è stata tenuta in Campidoglio l'adunanza generale dell'Accademia per il conferimento dei premi « Mussolini », del « Corriere della Sera » e d'incoraggiamento. Dopo il saluto del Governatore principe Boncompagni Ludovisi e un discorso di Marconi, vennero lette le relazioni per l'assegnazione dei premi.

3° Congresso internazionale di pediatria.

Si adunerà a Londra dal 20 al 22 luglio, sotto la presidenza del prof. G. F. Still. Possono esser membri del congresso i membri di una Società riconosciuta di medicina, a condizione di essere nominati dal Comitato nazionale.

Saranno in discussione i seguenti temi: « Natura dell'allergia e compito di questa nelle malattie dei bambini » (relatori Hamburger di Vienna, Péhu di Lione, Arnold Rich di Baltimora); « Profilassi delle malattie dovute al latte » (relatori Allaria di Torino, Bessau di Berlino, Lereboullet di Parigi, Petterson di Stoccolma). Le relazioni non devono sorpassare 5000 parole; ogni relatore disporrà di non oltre 20 minuti. Sono ammesse comunicazioni libere, che non devono sorpassare 1500 parole e per le quali i disserenti potranno disporre di non oltre 15 minuti. Il testo delle relazioni e delle comunicazioni deve essere inviato quanto prima e non oltre il 23 maggio al segretario, Dr. Leonard Fondaly, Harley street 61, London W. 1., Inghilterra. Lingue ufficiali sono: il francese, l'inglese e il tedesco. Il resoconto dei lavori verrà inviato ai congressisti che, all'atto dell'iscrizione, versano la somma di 10 scellini; esso sarà posto in commercio al prezzo di 1 sterlina. Tesoriere è il Dr. Hugh Thursfield.

Il Comitato italiano è presieduto dal prof. G. B. Allaria, direttore della Clinica pediatrica della R. Università di Torino.

14° Congresso internazionale di oftalmologia.

Si è svolto a Madrid dal 16 al 22 aprile; vi ha partecipato anche l'Italia con numerosi medici.

Il Congresso è stato ufficialmente inaugurato il giorno di Pasqua dal Presidente della Repubblica S. E. Zamora; quindi il presidente della Delegazione Italiana, prof. Ovio, ha tenuto un applaudito discorso, quale rappresentante del Governo Italiano e della Società Italiana di Oftalmologia, inneggiando alla Patria ed alla scienza.

Il prof. Ovio ha parlato in lingua spagnola ed ha ottenuto vivo successo fra i congressisti.

Unitamente ai proff. Vogt di Zurigo e Arruga di Barcellona, ha svolto una relazione sul distacco della retina.

Daremo ulteriori notizie dell'importante Congresso.

39° Congresso italiano di medicina interna.

Il XXXIX Congresso della Società Italiana di Medicina Interna avrà luogo a Pavia, nell'ottobre del corrente anno.

I temi di relazione all'ordine del giorno sono: 1) « L'uremia », relatore il prof. Ferruccio Schupfer; 2) « Le infezioni focali », relatori i proff. Marcello Lusena e Virgilio Chini; 3) « Le malattie da lesione delle paratiroidi » (tema in comune con la Società Italiana di Chirurgia), relatore di parte medica il prof. Pietro Sisto, relatore di parte chirurgica il prof. Mario Donati; 4) « Le pleuropatie nell'Esercito », relatore il maggiore medico dott. Raffaele D'Alessandro.

Presidente del Comitato ordinatore è il prof. Adolfo Ferrata, direttore della R. Clinica Medica di Pavia.

20° Congresso stomatologico italiano.

Si è tenuto a Roma, dal 18 al 21 aprile, promosso dalla Federazione stomatologica e da quella odontoiatrica d'Italia.

La seduta inaugurale si è svolta nell'Aula Magna dell'Università di Roma, alla presenza di alte autorità e personalità. Hanno parlato l'on. Amedeo Perna, presidente del Comitato nazionale esecutivo, direttore della Clinica odontoiatrica della R. Università di Roma; il prof. B. De Vecchis, presidente del Comitato ordinatore; il comm. Gioia, segretario dell'Associazione Unitaria Culturale stomato-odontologica, il prof. G. Villain, presidente della Federazione Dentaria Internazionale; il dott. Joachin, a nome dell'Associazione dei dentisti del Belgio; il dott. Ganz, a nome della Società dei dentisti cecoslovacchi; il dott. Sturk, a nome degli odontoiatri tedeschi e delle Camice Brune; il dott. Burckardt, per gli stomatologi americani e la loro Federazione; il dott. Vlastos, per gli odontoiatri del Dodecanneso; il prof. Waldbillig, a nome dei dentisti del Lussemburgo; il dott. Van Hasselt, rappresentante i dentisti dell'Olanda; il dott. Fisch, a nome degli stomatologi svizzeri; il dott. Guttierez, a nome dei dentisti tunisini; il prof. Schwartz, a nome dei rappresentanti ungheresi; un rappresentante dei dentisti arabi dell'Africa. L'on. Eugenio Morelli porge il saluto del Sindacato Medico Nazionale e rivolge parole di caldo encomio all'on. Perna; l'on. Rocco, rettore magnifico dell'Università, reca il saluto dell'Alma Mater.

La cerimonia si svolge e si chiude tra applausi vivissimi all'Italia e al Capo del Governo.

I lavori sono stati attivi e proficui. Vennero discusse varie relazioni, dei proff. Troccia, Frison, Maurel e Weil, Perna, R. Ottolenghi, De Vecchis e Torelli, ecc.; furono presentate 137 comunicazioni, tra cui parecchie di stranieri. Fu proiettata una cinematografia del prof. Sapet.

Il Congresso si è concluso il 21 aprile, con l'inaugurazione dell'Istituto Superiore di Odontoiatria « Giorgio Eastman », di cui abbiamo dato notizia.

* * *

Una numerosa rappresentanza di stomatologi ed odontoiatri guidati dall'on. prof. Perna, insieme con un gruppo di medici venuti da Rochester con a capo il dott. Carlucci, si è recata a deporre corone presso la Tomba del Milite Ignoto e alla Cappella votiva dei Caduti fascisti.

Quindi la suddetta rappresentanza è stata ricevuta da S. E. Starace al quale l'on. Perna ha rivolto parole di caldo saluto e di devozione. S. E. Starace ha risposto ringraziando ed ha poi intrattenuto i visitatori in cordiale colloquio.

Congresso nazionale veterinario.

Indetto dal Sindacato nazionale fascista veterinari, si è tenuto a Roma, dal 20 al 22 aprile, il primo Raduno scientifico-culturale della Categoria.

Alla solenne inaugurazione, tenutasi nell'Aula Magna della Sapienza, intervennero alte autorità; parlarono l'on. Bodrero, presidente della Confederazione nazionale sindacati fascisti professionisti ed artisti; il comm. Bisanti per il Ministero dell'interno; S. E. De Blasi per il Consiglio Nazionale delle Ricerche; l'on. Morelli per il Sindacato nazionale medico; il prof. Lanfranchi, commissario del Sindacato nazionale veterinario. Venne ripetutamente e calorosamente inneggiato al Fascismo e al Duce.

Sono stati trattati numerosi temi, alcuni dei quali interessano davvicino la medicina umana, come le brucellosi, l'ispezione annonaria e la lotta contro la tubercolosi.

La Società di chirurgia della bocca.

Una rappresentanza della Società, composta del presidente prof. Arlotta, del segretario prof. Corradi, del consigliere prof. Campiglio, dei proff. Beretta e Piperno e dei dottori Secreti e Biondi, ha avuto l'alto onore di essere ricevuta dal Duce, il giorno 8 aprile, a Palazzo Venezia. Il prof. Arlotta ha pronunziato un indirizzo di omaggio, in cui ha lumeggiato le alte finalità della stomatologia e le benemerenze del Regime al riguardo; ha poi porto al Duce una medaglia d'oro e una pergamena che reca le firme dei 600 soci, nonchè una copia artisticamente rilegata della 1ª annata della Rivista della Società. L'on. Mussolini ha dichiarato di gradire l'indirizzo e il dono; ha detto di vedere con piacere lo sviluppo della Società e di apprezzare il proposito di andare incontro al popolo, che ha bisogno dell'opera degli specialisti della bocca; ha affermato che la legge 16 ottobre 1924, n. 1755, risponde ai Suoi convincimenti e non sarà toccata; si è augurato che tutti i medici riconoscano l'importanza delle malattie della bocca, come egli ha fatto guidato dalla intuizione; ha assicurato che seguirà con simpatia l'opera della Società.

Convegno nord-americano sul reumatismo.

Il 22 marzo la Società Medica di Chicago ha discusso il problema del reumatismo; furono presentate tre relazioni: eziologia e patologia del reumatismo poliarticolare acuto; classificazione ed eziologia dell'artrite cronica; terapia fisica dell'artrite cronica.

Corso di perfezionamento.

Dal 19 giugno al 2 luglio, sotto gli auspicî della Facoltà medica dell'Università di Parigi, si terrà nell'Ospedale Necker un corso di perfezionamento diretto dal prof. Maurice Villaret, sulla terapia medica e idrologica delle malattie renali, vascolari ed umorali-vegetative; seguirà un viaggio alla stazione di Evian. Tassa d'iscrizione 200 franchi. Per informazioni rivolgersi al « Laboratoire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques de la Faculté de Médecine », Parigi.

La " Giornata Medica ,, di Milano.

Alla Fiera di Milano, con l'intervento di numerosi sanitarî, ha avuto luogo il 22 aprile la Giornata medica organizzata dal gr. uff. prof. P. Piccinini. L'on. E. Morelli, segretario del Sindacato nazionale dei medici, venne ricevuto dal gr. uff. Granelli, vice-presidente della Fiera, e da alte personalità. La comitiva ha visitato parecchi padiglioni e la mostra della chimica. Poi gl'intervenuti si sono riuniti in una sala; tennero discorsi d'occasione il prof. Piccinini e l'on. Morelli; dopo, il prof. Berri intrattenne i convenuti sui medici musicisti e i dottori Bennati e Sigurini sui medici letterati.

La nuova Università di Londra.

Il 26 marzo i sovrani d'Inghilterra hanno presenziato la posa della prima pietra dei nuovi edifizi dell'Università di Londra.

Una Clinica del lavoro a Madrid.

L'Istituto Nazionale della Previdenza di Madrid ha fondato una Cassa Nazionale di Soccorso contro gl'infortuni dell'industria, per i casi di morte o d'invalidità totale. L'Istituto ha pure creato una Clinica del Lavoro, in cui si accentreranno i servizi per la diagnosi ed il trattamento delle malattie, delle lesioni e degli infortuni professionali e per i riadattamenti funzionali. L'Istituto ha acquistato il sanatorio della Croce Rossa, nella Avenida de la Eglesia de S. Paulo, ove troverà sede la Clinica. Il dott. A. Oller, direttore dell'Istituto di rieducazione professionale degli invalidi del lavoro, è stato nominato direttore della Clinica stessa.

Giubileo del prof. d'Arsonval.

Per iniziativa della « Renaissance Française », cui il Presidente della Repubblica ha accordato l'alto patronato, si prepara la celebrazione del giubileo del prof. d'Arsonval, successore di Claudio Bernard al Collegio di Francia (Sorbona). Di recente egli ha dovuto lasciare l'alto posto per limiti d'età e gli è succeduto Carlo Nicolle.

La cerimonia avrà luogo alla fine di maggio, nel grande anfiteatro dalla Sorbona, con l'intervento di alte personalità della scienza e della politica. Al venerando scienziato verrà offerta una medaglia appositamente coniata.

In memoria di P. Teissier.

Il 26 marzo nell'Ospedale Claudio Bernard di Parigi venne scoperta una terga commemorativa del prof. Paolo Teissier. La cerimonia venne presieduta dal rettore dell'Università, Charléty. Il discorso commemorativo venne pronunziato dal prof. Lemierre, successore del Teissier sulla cattedra di clinica delle malattie infettive.

Pro medici israeliti della Germania.

È stato diramato in Francia un appello contro le violenze e le misure di persecuzione attuate in Germania nei riguardi degli ebrei e in particolare dei medici ebrei. Hanno dato l'adesione generosa numerose personalità, tra le quali Richet, Roux, Calmette, Hayem, Em. Sergent, Souques, Mathieu, ecc. Le adesioni vengono raccolte dal Dr. Georges Lévy, rue d'Anjou 75, Paris VIIe.

Una città colpita dalla rabbia.

I giornali recano da Atene che la città di Candia, nell'isola di Creta, è funestata da moltissimi casi di rabbia. Sebbene parecchie centinaia di cani siano stati uccisi, ne restano però molti che, colpiti dal morbo, aggrediscono repentinamente i passanti. Oltre i cani, sono colpiti molti altri animali domestici: gatti, capre, pecore, bovini. Il primo caso nell'uomo venne accertato poco più di due mesi or sono, ma non vi si prestò soverchia attenzione; presto la malattia si è diffusa. Tra i colpiti è il veterinario della Prefettura, rimasto vittima del dovere.

Triste fine di un professore ungherese.

Il prof. Imre Basch, direttore della Clinica dermatologica dell'Università di Budapest e già direttore dell'Ospedale di Santo Stefano della stessa città, accusava da qualche tempo difficoltà di respiro e sensazioni moleste al torace. Si fece esaminare da alcuni colleghi, i quali lo rassicurano; ma egli sospettò una bugia pietosa e volle sincerarsi. Scrisse al prof. Finsterer, di Vienna, dal quale non era personalmente conosciuto, annunziandogli l'invio di un cliente; poi si presentò, co-

me se fosse il cliente. La risposta venne indirizzata per lettera al Basch, il quale apprese di essere affetto da un cancro polmonare e che gli si davano circa due mesi di vita. Egli volle mettere in pratica un'azione svolta nella cinematografia « Grand Hôtel ». Mentre aveva condotto fino allora una vita molto morigerata e dedita allo studio, prese a frequentare i locali di lusso ed a consumare champagne e liquori, per « bruciare » l'ultimo tratto della sua vita, come dichiarava agli amici. È morto prima dell'epoca prevista. Era stato un ottimo insegnante; aveva pubblicato moltissime memorie e fatto numerosi allievi di valore.

Infrazione di contratto fra due sanitari.

Il dott. Breton, proprietario e direttore di una casa di salute a Bergerat (Francia), stipulava con un chirurgo, dott. Gallais, un contratto in virtù del quale accordava a questi l'esclusività delle operazioni chirurgiche nella sua casa di salute; ma poi lasciava che anche altri chirurgi operassero; donde una causa. Innanzi al Tribunale civile il Breton sostenne che il contratto non era valido, perchè contrario al principio della libera scelta del sanitario da parte dei malati. Il Tribunale però ha deciso che il contratto riguardava uno stabilimento privato: il dott. Breton era libero di ricevere i clienti che intendevano farsi operare dal chirurgo addetto alla Casa e di rifiutare gli altri, salvo casi di forza maggiore; pertanto il contratto era valido e il Breton doveva al collega un'indennità di mille franchi per ogni contravvenzione alla clausola principale del contratto. Il Breton si è appellato; il patrocinio ne è stato accettato dal prof. Ferron, decano della Facoltà di diritto di Bordeaux.

Attività non medica dei medici.

Nei locali dell'Accademia Medica di Rochester si è tenuta, il 2 e il 3 marzo, una mostra di lavori compiuti da medici a titolo di diversivo dall'attività professionale. Vi figuravano molti quadri (alcuni dei quali considerati vere opere d'arte), moltissime fotografie, lavori in legno ed in metallo. La mostra accoglieva anche varie collezioni: una di violini eseguiti da due medici di Batavia; una di pesci tropicali e orientali; altre di piante medicinali, di stampe, di conii antichi, di pistole, di campane, di ornamenti d'oro, ecc.

Per la limitazione delle esperienze negli animali in Germania.

Il gruppo parlamentare dei nazionali-socialisti della Dieta prussiana ha proposto la soppressione integrale della cosidetta « vivisezione »; le infrazioni sarebbero punite.

Un'eccezione verrebbe fatta soltanto per tre istituti scientifici, i quali però sarebbero sotto il controllo rigoroso dello Stato per la durata delle ricerche scientifiche richiedenti la « vivisezione ».

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XL Roma, 8 Maggio 1933 - XI Num. 19

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.

Direttore: Prof. C. FRUGONI.

La diagnosi batteriologica della tubercolosi mediante inoculazione sottodurale nella cavia.

Dott. VITTORIO de ANTONI.

Molto si è discusso e molto si discute se sia preferibile il metodo culturale o quello d'inoculazione in cavia per la diagnosi di natura tubercolare di un dato prodotto patologico. Ciascuno dei due metodi ha fautori ed oppositori; è certo che quello d'inoculazione in cavia ci permette di sfuggire più facilmente alle difficoltà costituite dalla presenza di germi banali in molti dei prodotti patologici da esaminare. Ma primo e principale inconveniente del metodo d'inoculazione in cavia è il lungo tempo che richiede: occorrono in media circa 4-6 settimane perchè in esito positivo la malattia tubercolare della cavia si rende manifesta; ed ancora più tempo perchè in esito negativo si possa escludere che la cavia non diverrà tubercolosa.

Allo scopo di rendere più breve il tempo di osservazione, furono proposti diversi artifici tecnici, basati alcuni sulla possibilità di poter rilevare l'infezione nella cavia in uno stadio ancora precoce della malattia, prima che lesioni grossolane si rendano manifeste; sulla possibilità gli altri di poter accelerare il decorso della tubercolosi nella cavia o danneggiando la sua resistenza naturale verso la infezione, o scegliendo per l'inoculazione vie che più rapidamente della sottocutanea portino allo instaurarsi della malattia.

Fra i primi sono da ricordare la ricerca istologica di alterazioni anatomopatologiche specifiche nelle linfoghiandole vicine al luogo d'iniezione, la ricerca batterioscopica del bacillo negli organi che più precocemente ammalano, le prove tubercoliniche sulla cavia per mettere in evidenza reazioni allergiche verso le tossine tubercolari ancora in periodo di latenza della malattia.

Fra i secondi, l'iniezione del materiale sospetto nel sottocutaneo inguinale previa con-

tusione delle linfoghiandole viciniori alla sede di inoculazione (Bloch); la sottoposizione della cavia a dieta di carenza (Guarnieri) o ad iniezioni di sostanze tendenti a bloccare il reticolo endotelio (Trypanblau-Prati); la diretta inoculazione del materiale nel peritoneo, nel fegato, o nella milza (Oppenheimer), intragangliare (Lutz, Knorr e Friedrich, Ninni), o intradermica, proposta già da Burnet e Mantoux per l'orina, ed estesa recentemente da Barone anche ai liquidi pleurici ed escreati.

In questi ultimi anni un nuovo metodo è stato proposto da un batteriologo americano, il Feldman, consistente nell'iniezione del materiale sospetto intracerebralmente. Nel campo della tubercolosi sperimentale l'uso della via intracerebrale per infettare artificialmente l'animale non è nuovo. Già Calmette ha osservato come il virus tubercolare introdotto per via postorbitale induca meningite mortale in 2-3 settimane. Barbacci nel 1902 nel coniglio, Redaelli nel 1929 nel cane, si sono serviti dell'inocolazione in piena massa cerebrale per lo studio del tubercolo solitario del cervello; Manwaring nel 1912 si servì della via intracerebrale per provocare meningite nella cavia, Shope e Lewis nel 1929 col medesimo metodo ottennero il passaggio della malattia in nove successivi animali.

Del resto, oltre che per la tubercolosi, la via endocranica è stata utilizzata come è noto, anche per lo studio di altre infezioni.

In una estesa serie di ricerche preliminari il Feldman osservò come l'iniezione di cultura di bacilli tubercolari sospesi in soluzione fisologica uccida per via intracerebrale la cavia nel 100 % dei casi in un tempo medio di tre settimane, a differenza delle 6-7 che occorrono se l'inoculazione si fa per via endoperitoneale. Le lesioni sono quasi esclusivamente nelle meningi, solo di rado nella sostanza cerebrale (infiltrazione monocitaria perivascolare). La diagnosi di positività veniva affermata dal reperto di bacilli tubercolari in strisci di cervello o nelle sezioni.

Da rilevarsi poi che con questo sistema tanto le cavie come i cani erano passibili di infezione anche con ceppi di tubercolosi aviaria, verso la quale si dimostrano refrattari se iniettati per le vie usuali.

Dopo questo lavoro preliminare Feldman cercò di applicare il metodo nella pratica clinica, per la diagnosi di materiale sospetto. Dai risultati di un esteso numero di prove (211) da Feldman eseguite in collaborazione con Magath, con orine, sputi, essudati pleurici, materiale osseo e articolare, il metodo, nel confronto di quelli endoperitoneale e sottocutaneo, si dimostrò anche qui più rapido, ma però di minor sensibilità (casi negativi altrimenti positivi) degli ultimi due. La tecnica dagli AA. usata è semplice: l'orina, ad esempio, veniva centrifugata, il sedimento veniva ripreso in un cc. della stessa orina, e diluito con cc. 4 di soluzione fisiologica. Di questa miscela cc. 2 venivano iniettati sottocute, cc. 2 endoperitoneo, cc. 0,25 intracerebralmente.

La minor sensibilità del metodo intracerebrale nel confronto degli usuali sarebbe solo apparente e non reale, perchè per esso nel computo dei casi negativi vengono compresi anche quelli (e sono abbastanza numerosi) nei quali le cavie inoculate intracerebralmente vennero a morte o subito o nei primissimi giorni dopo l'inoculazione o per il trauma stesso, o per infezione banale, e nelle quali perciò l'infezione tubercolare non aveva avuto il tempo di manifestarsi. In altri più rari casi poi in cui la cavia inoculata endocerebralmente sopravvisse senza prendere tubercolosi, mentre la presentarono quelle di controllo inoculate endoperitoneo o sottocute, la negatività sarebbe stata dovuta al fatto che il materiale in esame era poverissimo di bacilli, tanto da non presentarne in quella esigua quantità (cc. 0,25) che viene iniettata nel cervello, e presentarne invece nella quantità 8 volte maggiore (cc. 2) che è possibile iniettare per le altre vie. Da notare che con la tecnica usata da Feldman il materiale da iniettare viene molto diluito (1 + 4 in soluzione fisiologica).

Avendo avuto già tempo prima che i due citati AA. pubblicassero l'esito delle loro prove, gentile comunicazione privata degli esperimenti in corso, provai anch'io sistematicamente il metodo nei casi che si presentavano allo esame in laboratorio, in parallelo con i metodi usuali sottocutaneo inguinale ed endoperitoneale.

Dopo le prime prove, visto il gran numero di cavie che mi venivano a morte o subito per lesione meccanica, od entro i primi giorni, specie con gli escreati, per infezione da germi banali, cercai di utilizzare altra tecnica che, pur servendosi sempre della via nervosa, sperimentalmente ottima per sensibilità e rapidità di decorso della infezione, desse un trauma più facilmente sopportabile, permettesse eventualmente l'iniezione di maggior quantità di materiale, evitasse, per quanto possibile, infezioni associate. A tale scopo iniettati sottodura anzichè nello spessore della massa cerebrale, diluendo il materiale solo quel tanto che lo rendesse sufficientemente

fluido per esser raccolto in siringa ed iniettato, trattai i materiali inquinati prima di inocularli con acido solforico, con sistema analogo a quello usato con ottimi risultati da Lang per la semina in terreno di Hohn.

La tecnica da me usata è la seguente:

Per la preparazione del materiale da esaminare: Se materiali praticamente privi di germi associati (liquor, essudati, orine da cateterismo prive di germi banali) semplice centrifugazione (m' 15 a 3500-4000 giri). Se materiali inquinati: per l'escreato: trattamento di esso con soluzione di acido solforico al 10 % (escreato cc. 2, soluzione di acido solforico cc. 8) facilitando la completa e rapida dissoluzione dello sputo triturando prima in mortaio con poca soluzione acida e portando poi a volume, o, se l'escreato non è molto denso, mediante energico rimescolamento in matraccio con perline di vetro. Con pipetta si versa poi la miscela in tubo da centrifuga sterile badando di non imbrattare con essa le pareti, e dopo qualche tempo di contatto si centrifuga. Tempo complessivo di contatto del materiale con la soluzione acida m' 30. Centrifugato e gettato il liquido sovrastante, ridisciolgo nella stessa provetta il sedimento con soluzione fisiologica sterile, neutralizzo con soda alla carta al tornasole, ricentrifugo e raccolgo il sedimento con poca soluzione fisiologica sterile. Per l'orina con flora batterica associata: centrifugazione preliminare e trattamento con soluzione di acido solforico del sedimento come per l'escreato.

Per l'inoculazione del materiale: Raccolta del centrifugato con la minima quantità di soluzione fisiologica sterile necessaria a renderlo sufficientemente fluido per essere raccolto in siringa ed iniettato. La cavia da inoculare viene fissata con dorso in alto in apparecchio da contenzione che lasci libera la calotta cranica, e narcotizzata con etere. Previa rasatura dei peli e sommaria disinfezione con alcool iodato, si incide la cute di lato alla linea mediana, verso l'occipite, per una lunghezza di quasi 2 centimetri; si scopre la calotta e mediante trapano a piccola corona si incide profondamente l'osso. Con la punta del bisturi poi insinuata nella fessura si fa saltare il piccolo disco osseo. Con l'ago della siringa carica della sospensione del materiale sospetto si attraversa con direzione obliqua dall'avanti all'indietro la meninge che appare nel fondo dello orificio di trapanazione, e cercando di mantenere l'estremità dell'ago subito al di sotto di essa senza affondare nella massa cerebrale, si iniettano cc. 0,25-0,35 della sospensione stessa. Sutura dei tessuti molli con due punti metallici, disinfezione con alcool iodato, medicazione al collodio. Nel complesso questa tecnica operatoria è uguale a quella classica usata nel coniglio per l'inoculazione del virus rabico, di facile e rapida attuazione quando uno abbia fatta una breve pratica.

Insieme alle prove con materiale sospetto, ho eseguito in un primo tempo una serie di prove che chiamerò artificiali per saggiare la sensibilità e la precocità del metodo. Sono partito cioè da materiale microscopicamente positivo per il bacillo di Koch (escreato e pus da ascesso freddo) ed ho fatto di questa diluizioni progressive per raddoppiamento per cercare di trovarmi nelle massime diluizioni in condizioni uguali a quelle di negatività microscopica nella pratica. Col sedimento delle varie diluizioni ho eseguito iniezione in cavie, comparativamente sottoduramadre, endoperitoneo, sottocute all'inguine, previa contusione in queste ultime delle linfoghiandole distrettuali.

Nel complesso tutte e tre le vie prese in considerazione si sono dimostrate di uguale sensibilità: si è avuto alla pari sviluppo di lesioni tubercolari in tutte le cavie, comunque inoculate.

Riguardo al tempo occorrente per la prova, le cavie inoculate sottodura sono venute a morte dopo un numero di giorni variabile da 10 a 22 dalla inoculazione, in un periodo di tempo percio in cui con gli altri comuni metodi la diagnosi non poteva esser posta ancora con sicurezza.

La cavia inoculata sottodura con materiale positivo si rimette rapidamente dal trauma operatorio, e nei primissimi giorni successivi non presenta alcun disturbo. Si ha poi una progressiva diminuzione di peso, e già un paio di giorni prima della morte sono spesso evidenti paralisi agli arti e rigidità pupillare alla luce.

Alla necroscopia, aperta la scatola cranica, i vasi meningei appaiono iniettati, alla base del cervello appare uno scarso, tenue essudato gelatinoso, biancastro. Da esso si eseguono con l'ansa degli strisci: la diagnosi di positività viene posta dal reperto microscopico in essi di bacilli tubercolari, che di solito si ritrovano discretamente abbondanti, a piccoli ammassi.

Le lesioni istologiche che si riscontrano nel cervello sono quasi esclusivamente a carico delle meningi. L'aracnoide presenta una diffusa infiltrazione di elementi a tipo monocitario in mezzo a cui si notano numerosi tubercoli, facilmente riconoscibili per l'esistenza di una piccola zona di necrosi centrale. Essi sono costituiti prevalentemente da elementi di tipo epitelioide, in mezzo a cui si notano qua e là dei polinucleati neutrofili. Nei tubercoli non si trovano cellule giganti (assenza o grande rarità di cellule giganti è stata notata (Schupfer) anche nella meningite tubercolare umana). Nelle sezioni istologiche si ritrovano scarsi bacilli di Koch.

Degli organi lontani, quelli più facilmente colpiti sono in ordine di decrescenza milza e fegato, più raramente i polmoni. Tali lesioni però sono rare, probabilmente per il rapido decorso dell'infezione, e, quando si ritrovano, di scarsa entità.

Delle cavie trattate con materiale positivo a diluizioni scalari (13), una è morta dopo 4 giorni dall'inoculazione, probabilmente per infezione secondaria, in essa la ricerca del bacillo di Koch è stata negativa. In tutte le altre gli strisci allestiti dalla base del cervello hanno presentato reperto positivo.

Da notarsi che non esiste un rapporto proporzionale fra il più o meno rapido manifestarsi della meningite nella cavia e la diluizione, e quindi quantità, del virus iniettato, nè, come è già stato osservato da Daddi per l'inoculazione sottocutanea, fra diluizione e gravità ed estensione delle lesioni.

Le prove da me eseguite con materiale sospetto umano, negativo all'esame microscopico diretto, sommano per ora solo ad una ventina (4 liquor, 6 orine, 5 escreati, 2 essudati

(uno pleurico, uno peritoneale), 1 pus da fistola anale, 2 campioni di sangue da malati di tubercolosi miliare). Per il sangue, inoculazione del sedimento preparato secondo la tecnica di Lövenstein per l'allestimento delle culture).

Da questi materiali ho avuta concordanza di risultati nelle 3 prove sottodurale, endoperitoneale e sottocutanea (esito positivo in 2 liquors, 1 orina, 1 escreato) con un tempo medio per la prova sottodurale di circa una ventina di giorni.

Devo notare però che per due dei materiali sospetti presi in esame e trovati alla prova sottocutanea negativi (1 orina, 1 escreato), la prova per via sottodurale mi è riuscita nulla per la morte degli animali per infezione banale nei primi due giorni dall'inoculazione. Il reperto di infezione tubercolare non è stato possibile per tale campione di escreato averlo neanche dalla cavia inoculata endoperitonealmente, perchè anche questa è morta d'infezione banale nei primi giorni dopo l'iniezione.

Tale pericolo, non sempre evitabile che la cavia venga a morire di meningite da germi banali prima che la eventuale infezione tubercolare abbia avuto il tempo di manifestarsi, è, mi sembra, la principale obbiezione che può venir mossa al metodo. Elemento primo invece ad esso favorevole è la rapidità di risultato. Altro vantaggio poi che il metodo dovrebbe presentare nei confronti degli usuali (non ho avuto ancora occasione di poterlo praticamente sperimentare) deriva dalla dimostrata possibilità (Feldman) di indurre meningite nella cavia anche con ceppi di tubercolosi aviaria. Nella pratica degli accertamenti diagnostici si annoverano casi in cui materiali negativi alla prova della inoculazione in cavia, sono positivi alla prova culturale. Secondo alcuni (Löwenstein, Hryntshak) questa divergenza di risultati si spiegherebbe col fatto che nei casi in questione l'infezione sarebbe sostenuta da bacilli di tubercolosi aviaria, non patogeni, od assai scarsamente, per la cavia, se inoculata per le vie usuali. Ora con la inoculazione sottodurale, data la particolare sensibilità, tale divergenza verosimilmente non dovrebbe sussistere: con essa dovrebbero essere documentabili anche quelle forme di tubercolosi nell'uomo eventualmente sostenute da ceppi di origine aviaria.

*
* *

Concludendo, nei confronti degli altri comuni metodi di accertamento diagnostico mediante inoculazione nell'animale, il metodo sottodurale presenta vantaggi e svantaggi. Benchè per gli svantaggi (pericolo sopratutto di perdere qualche volta la cavia nel corso della prova) non sia consigliabile la sua completa sostituzione ai comuni metodi, per i vantaggi che presenta (rapidità di risultati, sensibilità) il suo uso collateralmente ai metodi usuali mi sembra consigliabile e di reale utilità.

RIASSUNTO.

L'iniezione di materiale tubercolare endocranio, sottoduramadre, provoca nella cavia una meningite specifica mortale in circa 10-20 giorni.

Si è utilizzata tale via d'inoculazione in cavia a scopo clinico, per la diagnosi di materiale sospetto. Trapanazione del cranio in narcosi eterea in corrispondenza di un parietale, iniezione del materiale sospetto sottoduramadre, sutura dei tessuti molli, medicazione al collodio. La diagnosi di positività viene posta dal reperto di b. di Koch in strisci eseguiti dalla base del cervello. I prodotti patologici inquinati da germi associati vengono prima dell'iniezione trattati con acido solforico diluito.

Il metodo, pur non essendo in via assoluta privo di qualsiasi inconveniente (pericolo a volte di morte prematura della cavia per infezione secondaria), sembra utilmente usabile collateralmente agli usuali, dati i vantaggi che offre il rapido risultato e sensibilità.

BIBLIOGRAFIA.

BARBACCI. Atti della R. Accademia dei Fisiocritici di Siena, 1902, vol. XIV, fasc. 1-2.
BARONE. Minerva Medica, 1927, pag. 215.
BLOCH. Berlin Klin. Woch., 1907, n. 17.
BURNET e MANTOUX. C. R. Soc. Biol., 1912, vol. II.
CAPUANI. La Riforma Medica, 1928, n. 39.
D'AMATO. Ibid., 1924, n. 42.
DADDI. Riv. di Pat. e clin. della tbc., 1931, fasc. I.
FELDMAN. The Americ. Rev. of tuberc., 1930, n. 3.
GUARNIERI. Tubercolosi, 1931, fasc. 9.
KNORR e FRIEDRICH. Münch. Med. Woch., 1930, pag. 173.
LANG. Boll. Ist. Sierot. Mil., 1928, fasc. VI.
LÖWINSTEIN-HRYNTSHALLY Citati sec. PUNTONI.
LUTZ. Centr. f. Bakter I. O.,, 1929, Bd. 114.
MAGATH e FELDMANN. The Americ. Rev. of tub., 1930, n. 5.
MANWARING. Cit. sec. MAGATH e FELDMAN.
MAZZETTI. Boll. Ist. Sierot. Mil., 1932, fasc. V.
MAZZETTI, VANNI e DADDI. Ibid., 1932, fasc. V.
NINNI. Ann. de l'Inst. Past., t. 45, 1930, pag. 433.
OPPENHEIMER. Deut. Med. Woch., 1921, n. 51.
PRATI. Pathologica, 1931, n. 474.
PUNTONI. Relaz. al III Congresso naz. di Microbiologia, 1931, Atti, pag. 189.
RADAELLI. Boll. Soc. Chir. di Pavia, 1929, fasc. I.
SCHUPFER. *La tubercolosi del sistema nervoso*. Nel *Trattato della tubercolosi* diretto da DEVOTO. Vallardi, ed. 1932.
SCHOPE e LEWIS. Cit. sec. MAGATH e FELDMAN.

RIVISTE SINTETICHE

Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Bologna
Direttore: On. prof. RAFFAELE PAOLUCCI.

Trattamento chirurgico delle pericarditi acute e croniche.

Dott. ETTORE RUGGIERI, assistente.

La chirurgia del pericardio, sebbene da vario tempo preconizzata in malattie svariate, non è di applicazione molto frequente. Ciò è dovuto alla relativa rarità di affezioni che siano giustiziabili con un intervento chirurgico, alle difficoltà diagnostiche presentate dalle diverse manifestazioni morbose, alle controindicazioni operatorie che spesso lo stato generale dei malati impone, alle difficoltà della tecnica dinanzi alle quali si arresta l'iniziativa di molti chirurgi.

Prima di entrare nell'esposizione dell'argomento, poniamoci una domanda: il pericardio consente manovre chirurgiche portate sui suoi foglietti?

In altri termini, quale entità e quale estensione possono raggiungere interventi sul pericardio, senza compromettere la funzione del cuore e la vita?

La incisione del pericardio, in genere, non porta ad alcuna conseguenza dannosa, per quanto talvolta sia seguita da manifestazioni impressionanti. Spesso sono state notate delle aritmie insorte subito dopo la pericardiotomia. In un caso di Harrigan il cuore si arrestò addirittura, ma riprese a battere dopo che il chirurgo lo ebbe stimolato con le dita. Questi fenomeni trovano un ampio riscontro nell'esperimento. Chiarolanza, D'Agata, Felix hanno notato che durante la presa ed il taglio del pericardio si ha una rapida caduta della pressione, una aritmia manifesta, e talora un arresto del cuore.

A questi inconvenienti si può ovviare con facilità, cocainizzando preventivamente il pericardio prima del taglio, come hanno dimostrato, tra gli altri, Flint nell'uomo, D'Agata negli animali.

La resezione del pericardio, anche estesa, è possibile. Da tutti gli AA. che l'hanno praticata, sia clinicamente che sperimentalmente, è stato osservato che essa è immediatamente seguita da una dilatazione del ventricolo che sta al di sotto del segmento resecato. Questa dilatazione è più manifesta a carico del ventricolo destro, evidentemente a causa della sua parete più sottile. Ciò malgrado, la pericardiectomia può essere fatta senza danno per la vita. Essa però è seguita, a distanza, da aderenze cardiopericardiche, cardiopolmonari, cardiotoraciche. È naturale che si avranno danni immediati di ben diversa gravità, se nella resezione saranno stati lesi gli organi al pericardio aderenti: primi fra tutti i grossi vasi e gli atrii, quindi i seni pleurici ed i nervi frenici.

Sul pericardio, dunque, entro certi limiti, ed entro certi criteri prudenziali dai quali non è possibile prescindere, possono essere eseguiti interventi chirurgici, che vanno dalla incisione alla rimozione di tratti più o meno estesi.

PERICARDITE ACUTA PURULENTA. — Non è malattia che si osservi frequentemente. Predilige i bambini, e nel maggior numero dei casi, insorge per infezione pneumococcica, nel corso o nella convalescenza di una polmonite. Può manifestarsi anche dopo il morbillo, dopo la scarlattina, dopo il reumatismo articolare acuto, dopo una semplice angina; può essere una manifestazione setticemica. È una malattia estremamente grave, che necessariamente richiede — una volta posta la diagnosi — un sollecito intervento chirurgico che apra al pus, raccolto nel sacco pericardico, una via di deflusso all'esterno. Il non intervento significa la morte o, nella migliore delle ipotesi, una guarigione con formazione di sinechie, che ostacoleranno fortemente il lavoro del cuore e la circolazione.

Gli interventi praticati dai chirurgi sono la pericardiocentesi e la pericardiotomia.

Pericardiocentesi. — Si eseguisce introducendo un tre-quarti attraverso punti diversi della regione precordiale. Punto di scelta è il 6° spazio intercostale sinistro, subito al di fuori dello sterno. Ma lo strumento può anche essere introdotto nel 5° o nel 4° spazio sinistro sulla linea margino-sternale. Gamberini in un suo caso ha eseguito una puntura esplorativa nel 6° spazio di destra, perchè i dati semeiologici avevano permesso di stabilire che il versamento aveva spinto il sacco pericardico oltre la margino-sternale destra.

Appena l'ago ha oltrepassato il margine sternale lo si fa obliquare medialmente, rasente alla parete posteriore dello sterno. Raggiunta la linea mediana di quest'osso, lo si approfonda dall'avanti all'indietro, ed un po' verso il basso.

Marfan, Blechmann, Fèvre ecc. consigliano una via epigastriotoracica: introdurre l'ago subito al di sotto della apofisi xifoide, sulla linea mediana; spingerlo in alto per 5-6 cm., rasentando la parete posteriore della xifoide stessa, ed oltrepassando le fibre di inserzione del diaframma allo sterno.

Dieulafoy, Baccelli, Terrier hanno proposto altre varie vie di introduzione, all'esterno dei vasi mammari. Ma questi sistemi sono assolutamente da bandire nelle pericarditi purulente, per la quasi sicura eventualità di ledere le pleure.

In ogni caso il paz. deve stare in posizione semiseduta.

Ma la pericardiocentesi, anche se ripetuta più volte, non ha valore curativo: non assicura un drenaggio alla raccolta purulenta, non la vuota mai completamente, non impedisce la formazione delle aderenze. Essa, d'altra parte, è piena di pericoli: l'introduzione del trequarti, che viene fatta alla cieca, espone alla possibilità di pungere il miocardio, la qual cosa è assai facile, qualora la raccolta sia posteriore e spinga in avanti il cuore. Ciò significa propagare al muscolo cardiaco o anche alla cavità endocardica, l'infezione. Espone inoltre alla eventualità di perforare la pleura e l'arteria mammaria interna. Oggi, perciò, nessun chirurgo è partigiano di questa pratica. Klose e Strauss, nella statistica da essi raccolta notano che la puntura ripetuta del pericardio dà una esigua percentuale di guarigioni: solo il 10,4 %. Gamberini asserisce che non dà mai esiti soddisfacenti. La pericardiocentesi, pertanto, deve rappresentare, al massimo, un mezzo di ricerca semeiologica, e va eseguita immediatamente prima dell'intervento.

Pericardiotomia. — Questa operazione si fa nelle seguenti maniere:

1) *Pericardiotomia intercostale.* Incisione, lungo uno spazio intercostale sinistro, della cute, sottocutaneo, piano muscolare. Divaricamento, in alto e in basso, delle due costole limitanti; scopertura del pericardio, incisione, drenaggio. Lo spazio intercostale scelto per l'intervento, varia secondo l'entità del versamento: Siewers e Bohm hanno inciso lungo il 3° spazio; Wert, Desault, Bronner ecc. lungo il 4°; Romero sul 5°; Desault sul 6°.

Anche la pericardiotomia per via intercostale, pur essendo meno incerta della pericardiocentesi, è pericolosa ed insufficiente. Pericolosa, perchè espone con grande facilità all'apertura della pleura; insufficiente, perchè non permette un buon drenaggio. Attualmente non è più eseguita.

2) *Pericardiotomia con resezione costale.* È l'operazione maggiormente praticata. La resezione di una o più costole, alla quale talvolta si è aggiunta quella di segmenti sternali, oltre che permettere un'apertura più ampia del pericardio, consente anche una luce maggiore del campo operatorio, dando il vantaggio di una visione sugli organi che più sono esposti a lesioni: pleura e vasi mammari.

L'incisione dei tessuti molli viene fatta secondo linee verticali, e secondo linee trasversali. I chirurgi hanno eseguito or questa, or quella incisione, a seconda dei casi, o delle preferenze personali.

Volendo fare incisioni verticali, si tagliano i tessuti molli lungo la margino-sternale sinistra o poco all'esterno di essa (da uno a 5 cm.), per una lunghezza varia: dalla V alla VI cartilagine costale, o dalla IV alla VII. I tessuti incisi si scollano, a destra e a sinistra, fino a scoprire il piano costale. Quindi si disinseriscono dallo sterno, una (per lo più la V) o diverse cartilagini costali (IV, V, VI), secondo le necessità richieste dal caso; si rovesciano all'esterno e si fratturano per un tratto di 4-5 cm. Ciò fatto, si incidono i muscoli intercostali, proprio sul margine dello sterno; e si distaccano le inserzioni del triangolare, dalla faccia posteriore dell'osso. A questo punto, per via smussa, preferibilmente col dito, si sposta all'infuori il seno pleurico sinistro, dopo averlo uncinato sulla linea mediana. Si scopre così il pericardio, lo si incide largamente e lo si drena. Questo metodo è suggerito da Delorme.

Nel caso di incisione trasversale, si fa un taglio all'altezza della 6ª costola, che parta dalla linea mediana e si spinga a sinistra per una diecina di centimetri. Scoperta la costola, si reseca la cartilagine sul bordo sternale, la si lussa in fuori e la si frattura. Si incidono gli intercostali; si disinserisce il triangolare. Introdotto, poi, il dito, dietro lo sterno, si scosta all'esterno il cul di sacco pleurico. Si raggiunge così il pericardio e lo si apre. È questa la tecnica consigliata da Kocher.

Questi metodi possono essere presi come tipo, ma è evidente che la condotta può variare caso per caso. Se, per es., si ritiene opportuna una breccia più ampia, si può resecare, insieme con le cartilagini costali, un segmento di sterno (Voynitch, Durand, ecc.); oppure si possono resecare le costole in maggiore estensione; oppure se ne possono abbattere in numero maggiore di una o di due. In casi particolari la pericardiotomia è stata fatta a destra dello sterno (Gamberini in primo tempo; Dickinson).

Quel che importa massimamente è il cercare di rispettare le pleure, ed i vasi mammari. L'apertura della pleura sinistra è molto pericolosa, non tanto per il pneumotorace, al quale si può fino ad un certo punto ovviare con una pronta sutura, quanto, per la quasi fatale propagazione del processo infettivo alla sua cavità.

È buona regola suturare alla cute i lembi del pericardio inciso, per evitare un passaggio di pus nel mediastino. Questa sutura si può fare ad incisione avvenuta; o anche prima dell'incisione stessa.

3) *Pericardiotomia per via epigastrica extraperitoneale.* È, questa, l'operazione preconizzata da Larrey fin dal 1798. Trascurata ingiustamente dai chirurgi, ed anche tuttora poco praticata, è stata tuttavia rimessa in onore assai recentemente da Blechmann, Lécène, Ramond, Weill-Spire, Marfan, Klose e Strauss, Fèvre, Benhamou e Goinard.

L'operazione di Larrey ha il vantaggio di fare a meno della resezione costale, e di permettere l'incisione più declive del pericardio. Ha d'altra parte lo svantaggio di richiedere la disinserzione di alcuni fasci del diaframma, la dissezione di alcune fibre del muscolo retto; ed espone al pericolo di ledere il peritoneo e la pleura.

La tecnica è la seguente: incisione trasversale lungo il bordo inferiore della VII costola sinistra, dalla linea mediana a 5-8 cm. all'esterno; incisione della pagina anteriore della guaina del retto e delle fibre muscolari sottostanti; legatura della mammaria.

Arrivati alla pagina posteriore della guaina aponeurotica ci si arresti, perchè ad essa è aderente il peritoneo. Si introduca allora un dito sotto la VII costola, e si distacchino i fasci del diaframma che vi sono inseriti; dopo di che, con una valva, si sollevi la costola stessa. Con uno strumento smusso o con un dito, si scolli il triangolare dello sterno, lavorando immediatamente a ridosso della faccia posteriore dell'osso. Si sposti all'esterno il muscolo così scollato: con esso, si sposterà anche il cul di sacco pleurico. Ciò fatto, si cade su un tessuto grassoso che sta subito al davanti del pericardio. Sfibrato questo tessuto, si raggiunge il pericardio, che si riconosce dal suo aspetto fibroso e dai battiti cardiaci. Si incida, si vuoti e si dreni.

Secondo Jaboulay, Benhamou e Goinard, invece di quella trasversale, sarebbe preferibile un'incisione longitudinale mediana, seguita dalla disinserzione della VII cartilagine sinistra dallo sterno. Si avrebbe così l'agio di evitare la legatura dei vasi mammari.

Queste, in breve, le operazioni che si fanno sul pericardio in caso di pericardite purulenta. L'intervento va eseguito preferibilmente in anestesia locale, a paziente semi-seduto. Dopo l'intervento l'infermo deve conservare questa posizione, e deve essere sostenuto con opportune cure mediche.

Questioni che hanno suscitato qualche discussione sono state: quella della qualità del drenaggio, e quella della opportunità di lavare la cavità pericardica aperta. Circa il drenaggio tutti i chirurgi sono d'accordo nel praticarlo. Alcuni però preferiscono adoperare i tubi di gomma e sostengono che gli zaffi di garza predispongono alla formazione di sinechie (Klose, Kamace, Pool, Albrecht). Altri, al contrario, sostengono l'utilità di sottili drenaggi di garza, ed affermano che i tubi ledono il miocardio e ne impediscono il lavoro (Harrigan, Rhoeles, ecc.). Altri ancora (Alexander) sconsigliano sia i tubi che la garza, e adoperano sottili striscie di caoutchou, affermando di trarne grandi vantaggi. Quest'ultimo sistema sembra il migliore, perchè la qualità del drenaggio non dà pericolo di aderenze, e la sua entità non dà pericolo di lesioni del cuore. Qualcuno, tuttavia, come Gamberini, ha usato nello stesso individuo, sia l'uno che l'altro tipo di drenaggio, ritraendo grande utilità, e senza alcun danno. È da ricordare che, per assolvere al suo compito, il drenaggio deve stare in buona posizione; e quindi, spesso, deve essere passato anche dietro il cuore.

Circa il lavaggio, le opinioni sono egualmente divise. Alcuni dichiarano che il lavaggio con soluzione fisiologica tiepida, con acqua bollita, o con liquido di Dakin, è vantaggioso perchè dà una buona detersione (Bronne, Térrier, Klose e Strauss, ecc.). Altri lo ritengono superfluo, se non addirittura dannoso (Souligoux, ecc.). In realtà la ragione è dall'una e dall'altra parte, poichè il lavaggio è inutile quando lo scolo purulento si compie regolarmente e senza intralci, può invece essere richiesto quando la persistenza di cenci e di pseudo-membrane mantine attiva la suppurazione. Il miglior sistema di lavaggio è quello fatto con due tubi: uno di afflusso, l'altro di deflusso.

Abbiamo esposto così, per sommi capi, i criteri generali della pericardiotomia per pericardite purulenta. La letteratura non ne registra molti casi. Alexander, nel 1928, ha raccolto una statistica che ne comprende 126, con 71 guarigioni e 55 decessi. Nella stragrande maggioranza di questi casi la via seguita è stata quella anteriore, toracica. Fèvre, nel 1930, è riuscito a trovare in tutta la letteratura 7 casi operati per via epigastrica sottocostale, ai quali ne ha aggiunti 3 personali. Degli individui operati in questa maniera, 7 sono guariti, 3 sono morti entro 6 giorni dall'intervento.

Non è da discutere sull'opportunità o meno dell'intervento, perchè la malattia è tale da richiedere nessun'altra cura che quella chirurgica. Ma qual'è l'operazione da preferire? quale è l'operazione che dà i migliori vantaggi, ed i minori danni? Secondo le statistiche di Klose e Strauss la pericardiotomia per via intercostale dà una percentuale di guarigioni del 37 %; la pericardiotomia con resezione costale dà guarigioni nel 56,7 % dei casi. Secondo i dati di Fèvre, or ora riferiti, l'intervento eseguito secondo la tecnica di Larrey assicura il successo nel 70 % dei casi. Sembra dunque, da queste cifre, che una preferenza debba essere data alla pericardiotomia eseguita per via epigastrio-sottocostale.

Una parola va fatta sulla *pericardite purulenta incistata*, che è stata specialmente oggetto di studio da parte di Klose e Strauss. Secondo questi AA., la condotta da seguire dev'essere quella che si tiene nella pericardite diffusa. L'obbiettivo della terapia chirurgica si deve proporre di scoprire la limitata saccoccia purulenta, e poi di inciderla e drenarla. Ma gli AA. considerano anche l'opportunità, in certi casi, di resecare la saccoccia purulenta — naturalmente se è di non grandi dimensioni — e di procedere poi ad una pericardioplastica.

PERICARDITE SIEROSA. — È una malattia che si cura quasi esclusivamente, e con buoni vantaggi, con sussidi medici, o al più con pericardiocentesi ripetute. Ma qualche chirurgo afferma di avere ottenuto soddisfacenti risultati con la terapia chirurgica, in certi casi ad andamento cronico, di natura tubercolare o di natura reumatica.

Jacob, Gibson, Delorme, Mignon, Bressot, per es., consigliano di procedere alla pericardiotomia, che deve essere seguita, dopo la fuoriuscita totale del liquido, dalla chiusura del pericardio e degli strati superficiali, senza alcun drenaggio. Jacob dice di avere conseguito dei successi, facendo un'ampia pericardiotomia, e procedendo poi alla sutura dei piani superficiali, senza chiusura del pericardio. Il liquido di nuova produzione sarebbe assorbito dai tessuti molli circostanti.

Singolare è il procedimento di Läwen. L'A. ha costruito una comunicazione, una vera fistola tra pericardio e pleura sinistra, determinando così un drenaggio permanente al liquido di eventuale formazione.

Sono giustificati questi interventi? Se la sierosa pericardica è lesa in maniera da dare una continua essudazione, essi non hanno che un limitato valore palliativo, e sono lontani dal risolvere la malattia. È perciò logico ricorrere ad una operazione i cui pericoli sono sproporzionati all'effetto? La maggioranza degli AA. sostiene, in queste forme, l'opportunità della astensione chirurgica, e dà le sue preferenze alla pericardiocentesi.

SINFISI PERICARDICA. — In questa denominazione generica vengono compresi tanto i casi nei quali il pericardio ha assunto aderenze con la parete toracica e con gli organi circostanti, quanto i casi nei quali le aderenze si sono stabilite fra un foglietto e l'altro del pericardio, per un qualsiasi processo morboso. Nell'una circostanza e nell'altra il lavoro del cuore viene compromesso. Ma, nel caso di aderenze pericardio-parietali, nel caso cioè di una mediastino-pericardite adesiva, l'ostacolo al lavoro del cuore proviene da impedimenti extra-pericardici; mentre, nel caso di aderenze fra i due foglietti pericardici, il lavoro del cuore è impedito da un ostacolo risiedente intrinsecamente nel pericardio. Per cui, se un fine unico l'intervento chirurgico si propone, quello cioè di rimuovere gli ostacoli che si oppongono al normale lavoro del cuore, è evidente che al variare della lesione anatomica deve corrispondere una varietà diversa di operazione. Non sempre a questo concetto si sono attenuti i chirurgi, e forse a ciò si deve l'insuccesso dell'intervento, registrato numerose volte.

Distinguiamo dunque: sinfisi pericardio-parietali, e sinfisi pericardiche vere.

MEDIASTINO-PERICARDITE ADESIVA. — In questa malattia il sintomo più caratteristico è quello della retrazione sistolica della regione precordiale. Esso indica chiaramente che, nella contrazione sistolica, il cuore tira a sè la parete toracica, cui è aderente per le sinechie, ma indica altresì che il miocardio compie un lavoro moltiplicato, sforzandosi di vincere l'ostacolo rappresentato dalla rigidità del piastrone sterno-condro-costale. È la sistole cardiaca, quindi, che è fortemente compromessa. A lungo andare, in questo suo lavoro spossante, il miocardio perderà le energie di contrazione e cederà sfinito. Si stabilirà così l'insufficienza cardiaca, con il corteo di sintomi che le è caratteristico.

In queste considerazioni Brauer, nel 1901, propose di alleggerire il lavoro del cuore, alleviandolo da un eccesso di fatica; propose cioè di liberare la regione precordiale dalla sua parte ossea, e di tramutarla in una parete molle e morbida, che non desse difficoltà alla contrazione cardiaca. Nell'anno successivo fece operare

da Petersen e Simon 3 suoi malati che, dall'intervento, trassero grande giovamento, Nacque così la toracectomia precordiale alla Brauer, impropriamente chiamata « cardiolisi » dallo stesso ideatore e da vari chirurgi.

Operazione di Brauer. Consiste praticamente nelia rimozione di un certo numero di costole e delle loro cartilagini, ed eventualmente di segmenti dello sterno. Indicazioni operatorie sono: le buone condizioni generali dell'ammalato; ed il rientramento sistolico della parete che, oltre ad essere un segno diagnostico di primissimo ordine, come abbiamo già detto, denota una validità ancora notevole del miocardio. È assolutamente necessario che il primo movente della malattia sia del tutto spento, specialmente se si tratta di reumatismo articolare acuto. Nelle forme tubercolari occorrerà bene vagliare l'opportunità dell'intervento, poichè è proprio in tali casi che si sono avuti i risultati meno favorevoli. Se è conclamata l'insufficienza del miocardio, è inutile intervenire. Le affezioni valvolari eventualmente concomitanti, non costituiscono controindicazione, se sono ben compensate.

L'intervento è stato fatto, dalla maggior parte dei chirurgi, in narcosi generale; poche volte in anestesia locale.

Per la resezione costale, che deve essere ampia, è necessaria un'ampia finestra attraverso i tessuti molli. Perciò, nella quasi totalità dei casi, si sono incise le parti superficiali secondo un largo lembo a cerniera esterna. Pochi i lembi a base superiore, sottoclavicolare (Beck, Coryllos e Portocalé). Delbet, per eseguire la resezione di 3 costole, ha fatto 3 incisioni in 3 spazi intercostali diversi. Scollato accuratamente il lembo, lo si ribatte sulla sua cerniera. Ciò fatto, si resecano le costole in numero vario. Generalmente è sufficiente la rimozione di 3 costole, tra la II e l'VIII. La maggioranza dei chirurgi si è tenuta fra la III e la VI. Qualcuno ha asportato 2 sole costole; qualche altro ne ha asportate 4. Ma il numero delle costole da abbattere è suggerito dalla valutazione dell'ampiezza di mobilità cui deve giungere la parete toracica, per rendere più facile il lavoro del cuore. Questo criterio sarà valevole anche per l'estensione della resezione, che generalmente va dall'articolazione condro-sternale, alla linea ascellare anteriore.

Una questione tuttora molto discussa è quella se la resezione costale debba essere sottoperiostea o extraperiostea. Brauer, da parte sua, raccomandò di abbattere il periostio nella sua totalità, per impedire una rigenerazione ossea che frustrerebbe gli scopi dell'operazione. Ma fin da allora i pareri sono stati discordi. Poynton e Trotter, Koenig, Leriche, Torraca, tanto per nominare i più autorevoli, reputano inutile una resezione extraperiostea. Küttner, Morison ed altri, invece, sono di opinione opposta. La verità è che nei casi in cui è stata eseguita una resezione sottoperiostea, ben raramente si è osservata la rigenerazione costale. Ma quel che più importa è che, se essa si è verificata, non è stata mai completa, e non ha compromesso il miglioramento che con l'operazione si era conseguito (Torraca). Questo insegnerebbero i casi di Küttner, di Morison, di Schaefer, di Gignet, di Commont-Gardeau e Arnaud.

D'altro canto, Leriche afferma che una rigenerazione costale può aversi anche se sia stata eseguita l'asportazione totale del periostio.

Di fronte a questi fatti, allora, perchè fare una resezione extraperiostea? Un intervento di tal genere, oltre che portare ad un prolungamento del tempo di operazione, è notevolmente più difficoltoso e pericoloso della semplice resezione sottoperiostea. Non v'è chi non veda, infatti, come l'isolamento delle costole dalle inserzioni muscolari, e dalla pleura sottostante, renda lunga e delicata la esecuzione, ed esponga a non desiderabili lesioni pleuriche. Oggi, perciò, la tendenza moderna è quella di procedere alla semplice resezione sottoperiostea, che è più facile, meno dannosa, e molto più rapida.

Qualche chirurgo, non ritenendo sufficiente la rimozione di alcune costole soltanto, ha resecato anche segmenti di sterno (Simon, Thornburn, Délagenière). Questi ultimi due, anzi, hanno creduto opportuno di far consistere l'intervento nella doppia resezione di due cartilagini costali, tanto a destra quanto a sinistra, e nell'asportazione del corrispondente segmento sternale intermedio.

Comunque sia, abbattuta la piastra ossea, ed eseguita un'emostasi accurata, si ribatte il lembo e lo si sutura completamente. Qualcuno, per misura prudenziale, consiglia di lasciare un sottile drenaggio in catgut nell'angolo infero-interno della ferita operatoria. Terminata così l'operazione, il malato è tenuto in posizione semiseduta e viene sostenuto con cardiotonici.

Quali i risultati di questa terapia? Secondo la statistica di Lenormant, che comprende 112 casi, si hanno 6 morti nella prima settimana (mortalità operatoria del 5,3 %). Di 65 operati seguiti per un periodo sufficientemente lungo, 22 sono morti nel primo anno, 12 sono morti tra il 18° mese ed il 5° anno. Negli altri casi si

è avuto un miglioramento più o meno pronunziato.

Frenicectomia. Molto recentemente (1925) da Sauerbruch è stata proposta, in determinati casi di aderenze pericardio-parietali, la frenicoexeresi. Questa operazione trova la sua giustificazione quando si tratti di aderenze fra pericardio e diaframma, la qual cosa deve essere stabilita specialmente dalla radiologia. Sino ad ora (Lenormant), l'operazione è stata eseguita solo 4 volte, e sembra con buon risultato. In due casi è stata praticata la exeresi del nervo, negli altri due si è ricorso alla congelazione e alla alcoolizzazione.

SINFISI VERA DEL PERICARDIO. — Nella sinfisi vera del pericardio, caratterizzata da sinechie tra i due foglietti, si comprende di leggeri, come l'operazione di Brauer non potrebbe avere nessun effetto benefico, in quanto la rimozione della parete ossea precordiale non allevierebbe in alcun modo il lavoro del cuore. In questa forma morbosa, non la sistole, ma è più che altro la diastole ad essere ostacolata, perchè le aderenze pericardiche impediscono al cuore una efficace espansione. Quindi, se ci si propone di liberare il cuore dagli ostacoli che ne limitano l'attività, occorre distruggere le aderenze che lo circondano. Secondo il grado e l'estensione della sinfisi, diverse saranno le operazioni. Ci pare superfluo accennare che la sintomatologia è principalmente quella della stasi circolatoria generale; e che le indicazioni all'intervento sono date dallo stato generale dei malati, e da una sufficiente energia del miocardio.

Operazione di Weill-Delorme (cardiolisi endopericardica). Consiste nella apertura del pericardio e nella distruzione delle aderenze endopericardiche. Aperto il torace si raggiunge il pericardio, lo si solleva con una pinza, in un punto dove ciò sia possibile, e lo si incide. Attraverso l'occhiello, per via smussa, si scolla l'un foglietto dall'altro, per la massima possibile estensione. Poscia si sutura il pericardio, e si richiude il torace.

Questo intervento che presuppone la presenza di aderenze limitate o di aderenze recenti, e quindi la permanenza di un piano di scorrimento tra i due foglietti, è notevolmente più difficoltoso di quello di Brauer, come ben si comprende, e alquanto più pericoloso. Esso d'altra parte non assicura risultati definitivi, in quanto che non preserva dalla ricostituzione delle aderenze distrutte. Sembra anzi che la riproduzione delle sinechie sia fatale, come hanno osservato Degorce, Delbet, Guleke, ed altri.

Operazione di Rehn. (Resezione parziale del pericardio parietale). Per ovviare alla riproduzione delle sinechie Rhen, appoggiato da Klose, Sauerbruch, Guleke, ha proposto la resezione di un largo tratto del foglietto parietale pericardico, seguita o no da un innesto adiposo o aponeurotico. L'asportazione del pericardio va fatta nella maggiore estensione, possibilmente per tutta la faccia anteriore del cuore, per assicurare a questo un reale sollievo.

Anche questo intervento però presuppone un piano di clivage tra i due foglietti pericardici.

Operazione di Volhard e Schmieden. (Pericardiectomia totale o decorticazione del cuore). È stata dagli AA. preconizzata nel caso che la fusione tra i due foglietti sia tenace ed impossibile a vincersi. Consiste nella decorticazione vera e propria del cuore. Con le forbici si aggredisce la ganga fibrosa, dura e resistente, che avvolge il miocardio, e la si asporta fin dove è possibile. La decorticazione va spinta fino a raggiungere il muscolo cardiaco, e a denudarlo. Si inizia questa liberazione a livello del ventricolo sinistro, che ha le pareti più spesse e più resistenti; e la si continua con somma prudenza fino al ventricolo destro. La scopertura di questo espone ad una dilatazione acuta, ed a lacerazioni miocardiche, rese più facili dalla sottigliezza della parete. Impossibile è la decorticazione degli atrii, la cui parete sottile sarebbe fatalmente lacerata.

È superfluo dire che il primo tempo di ciascuna di queste tre operazioni consiste nella scopertura del cuore, ottenuta con incisioni a lembo, e con la rimozione di segmenti ossei più o meno estesi.

Quali i risultati di questi diversi interventi?

Riportiamo i dati statistici di Lenormant, che sono i più recenti.

L'operazione di Delorme è stata eseguita 6 volte, per aderenze recenti o per aderenze antiche limitate, con 5 successi ed un insuccesso; è stata praticata due volte per aderenze vecchie ed estese, con insuccesso in entrambi i casi.

L'operazione di Rehn, eseguita 12 volte, ha dato 2 morti operatorie, 4 morti precoci, 3 miglioramenti seguiti solo per pochi mesi, un risultato nullo.

L'operazione di Schmieden è stata praticata 47 volte. Sono da registrare 12 morti operatorie (25,5 %), ed 8 morti entro il primo anno. Su 18 individui seguiti per due anni, sono da se-

gnalare soltanto un risultato negativo ed una morte.

In conclusione, nelle sinfisi del pericardio, escluse la frenicectomia, l'operazione di Delorme e quella di Rehn, che trovano scarse giustificazioni, la chirurgia dispone della toracectomia precordiale alla Brauer e della decorticazione del cuore alla Schmieden.

Pensiamo che l'uno e l'altro, di questi interventi, abbia indicazioni sufficientemente precise. E pensiamo anche che, come accade in tanti altri campi battuti dalla chirurgia, la prognosi post-operatoria possa migliorare quando l'intervento venga praticato precocemente, quando cioè le lesioni siano tali da non rendere troppo pericolosa l'operazione, e non abbiano compromesso le forze di resistenza del miocardio e le condizioni generali dell'ammalato.

RIASSUNTO.

L'A. fa una rivista sintetica sulle cure chirurgiche della pericardite purulenta, della pericardite sierosa, della mediastino-pericardite adesiva e della sinfisi pericardica vera.

BIBLIOGRAFIA.

Estese notizie bibliografiche possono trovarsi in:

ALEXANDER. *La pericardite suppurata dal punto di vista chirurgico.* Ann. of. Surg. n. 5, 1928.

KLOSE e STRAUSS. *Chirurgia del cuore e del pericardio (in particolare della pericardite suppurata e del suo trattamento chirurgico).* Arch. f. Klin. Chir., n. 3, 1922.

MONTANARI. *Chirurgia del cuore.* Cappelli, Bologna, 1923.

TORRACA. *La cardiolisi alla Brauer nella pericardio-mediastinite adesiva.* Arch. It. di Chir., tomo 24, 1929.

Da consultare anche:

ALBRECHT. *Sulla pericardite purulenta acuta* Brun's Beitr. z. Klin. Chir., n. 2, 1927.

BEEK e GRISWOLD. *Resezione del pericardio nel trattamento della sinfisi cardiaca.* Arch. of Surg., n. 6, dicembre 1930.

BENHAMOU e GOINARD. *Pericardite purulenta da pneumococco guarita con pericardiotomia epigastrica.* La Presse Médicale, 5, ottobre 1932.

BERGERET e THEODORESCO. *Un caso di aderenze pericardiche migliorato con la toracectomia precordiale.* Bull. et Mém. de la Soc. Nation. de Chir., t. 52, 1926.

BEWLEY. *Una conferenza clinica sulla cardiolisi.* The Brit. Med. Journ., 16 aprile 1910.

BRAUER. *La cardiolisi e le sue indicazioni.* Arch. f. Klin. Chir., 1903.

ID. *La sinfisi del pericardio.* Deut. Med. Woch., 1909.

BRESSOT. *Due casi di pericardite tubercolare trattati con la pericardiotomia senza drenaggio.* Lyon Chir., n. 5, 1925.

CHIAROLANZA. XXII Congresso Soc. Ital. di Chir., 1909.

CHURCHILL. *Decorticazione del cuore nella pericardite adesiva.* Arch. of Surg., dicembre 1929.

D'AGATA. XXIII Congresso Soc. Italiana di Chir., 1911.

DEGORCE. *Sinfisi cardiaca; pericardiotomia e cardiolisi.* Soc. Méd. Chir. de l'Indo Chine, 8 dicembre 1912.

DELORME. *I segni e la diagnosi della sinfisi cardio-pericardica.* Gaz. des Hôp , 24 gennaio 1914.

ID. *Nozioni di anatomia chirurgica applicabili al trattamento diretto della sinfisi cardio-pericardica.* Gaz. des Hôp., 7 maggio 1914.

ID. *Sinfisi cardiaca e cardiolisi.* Bull. de l'Acad de Méd. de Paris, 27 maggio 1924.

FELIX. *L'influenza del pericardio sull'attività funzionale del cuore.* Deut. Zeit. f. Chir., maggio 1925.

FÈVRE. *Pericardiotomia per via epigastrica.* Journ. de Chir., maggio 1930.

FISCHER. *La questione della pericardite fibrosa, della sua diagnosi, e del suo trattamento.* Schw. Mediz. Woch., 22 maggio 1926.

GAMBERINI. *Pericardiotomia per pericardite purulenta.* Arch. It. di Chirurgia, vol. VI, 1923.

GIGNET. *Sulla toracectomia precordiale nel trattamento della mediastino-pericardite, della sinfisi pericardica, e di certe affezioni del cuore.* Thèse, Lyon, 1914.

GROSSMANN. *Qualche nota sulla patologia e terapia delle sinfisi cardiache.* Paris Médical, n. 52, dicembre 1923.

GULEKE. *Il trattamento chirurgico della sinfisi pericardica.* Mitteil. a. d. Grenz. d. Med. u. Chir., t. 40, n. 2, 1927.

HALL e TOWNROW. *Pericardite purulenta da pneumococco. Pericardiotomia. Guarigione.* The Brit. Med. Journ., 20 dicembre 1924.

KLOSE. *Sulla distruzione delle sinechie e sulla plastica del pericardio.* Arch. f. Klin. Chir., Bd. 119, 1922.

LÄWEN e MATTHES. *Un nuovo caso di operazione di sinfisi pericardica.* Deut. Med. Woch., n. 15, aprile 1928.

LENORMANT e MERLE D'AURIGNÉ. *La toracectomia precordiale nelle sinfisi ed in certe ipertrofie cardiache.* Journ. de Chir., 1928.

LENORMANT. *Chirurgia delle pericarditi croniche.* XLI Congresso Francese di Chirurgia, Paris, ottobre 1932.

LONCKS. *Due casi di pericardite suppurata drenati per via posteriore.* Arch. of. Surg., marzo 1929.

NIGRISOLI. *Pericardite callosa, parzialmente calcificata: pericardiectomia.* Atti del Convegno dei Chirurgi del Nord Italia, Torino, maggio 1932.

PETERSON. *Tre casi di pericardite suppurata.* Arch. of. Surg., n. 1, gennaio 1928.

POYNTON e TROTTER. *Sull'operazione della cardiolisi.* The Lancet, 19 giugno 1909.

RAMOND e WEILL-SPIRE. *Guarigione di una pericardite purulenta da pneumococco, con pericardiotomia epigastrica.* Bull. et Mém. de la Soc. Med. des Hôp., 8 luglio 1927.

RAMOND. *Pericardite purulenta da pneumococchi.* La Presse Médicale, n. 48, 16 giugno 1928.

REHN. *La chirurgia del cuore e del pericardio.* Berlin. Klin. Woch., 10 febbraio 1913.

ID. *Chirurgia del pericardio.* Brun's Beitr. z. Klin. Chir. 1917.

ID. *Sulle sinechie del pericardio.* Med. Klin. 1920.

ROUSLACROIX. *Cinque osservazioni di toracectomia*

precordiale per sinfisi del pericardio. Marseille Médicale, 25 gennaio 1929.
SALOMONI. *Sulla chirurgia del cuore*. La Clin. Chir., n. 5, 31 maggio 1910.
SCHLAYER. *Sull'obliterazione del pericardio e sulla cardiolisi*. Münch. Med. Woch., 5 aprile 1910.
SCHMIEDEN. *Sulla estirpazione del pericardio*. Zentrabl. f. Chir., 1924.
ID. *La guarigione delle sinfisi pericardiche con la estirpazione del pericardio*. Acta Chir. Scandin., Bd. 57, 1924.
ID. *Nuovi risultati della pericardiectomia*. Arch. f. Klin. Chir., 20 ottobre 1925.
SIMON. *Sulla cardiolisi*. The Brit. Med. Journ., 14 dicembre 1912.
TUFFIER. *La cardiolisi*. Arch. Franco-Belges de Chir., n. 5, maggio 1925.
WILLIAMSON. *Pericardite purulenta nell'infanzia*. Ann. of. Surgery, n. 5, maggio 1927.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Napoli
diretto dal Prof. G. ZAGARI.

Degenerazione amiloide del fegato secondaria ad ascesso amebico.

VITTORIO SCAFFIDI junior, interno.

L'amebiasi del fegato si manifesta di solito con raccolte a tipo ascessuale, talvolta assai cospicue, che nelle forme latenti, fruste, larvate, a decorso cronico potrebbero, unitamente all'alterazione del ricambio materiale causata dalla epatite, realizzare condizioni favorevoli alla insorgenza di uno stato di amiloidosi.

La descrizione di casi di amiloidosi secondaria ad ascesso amebico è assai scarsa nella letteratura, e dalla ricerca bibliografica sull'argomento, sebbene largamente compiuta, mi risulta un solo caso descritto da Ménétrier e Brodin (1).

Nella nostra Clinica è occorso il caso di un individuo con lesione epatica che fu diagnosticata come angiocolite lenta, in cui l'ascesso amebico costituì un reperto di autopsia.

La degenerazione amiloide, dimostrata dalle reazioni speciali e dagli esami istologici in quasi tutto il fegato, non aveva, come sarà detto, altro momento eziologico che il processo necrotico-colliquativo causato dalla ameba histolytica nel fegato.

Riporto il caso sia nello studio clinico che anatomo-patologico.

Raffaele T., di anni 33, da Afragola, carrettiere. Niente nel gentilizio; nella anamnesi personale remota una bronchite iniziata in forma acuta a 20 anni e passata successivamente allo stato cronico.

Anamnesi prossima: L'attuale malattia esordì tre mesi fa. In tale epoca il paziente, dopo il lavoro, fu colto da febbre alta preceduta da brivido. Contemporaneamente divenne giallo e le orine si fecero scure. Non avvertì alcun dolore. La febbre che rimetteva la mattina saliva alla sera fino a 39°,5: durò circa una settimana, dopo di che si attenuarono tali disturbi, il colorito tornò normale e il paziente si rimise al lavoro.

Senonchè 15 giorni or sono fu colto di nuovo da febbre a 39° e da forte tosse. Non si fece giallo e le orine rimasero di colore normale. La febbre continuò a tipo remittente.

Viene ricoverato in Clinica.

Esame obbiettivo: condotta psichica normale. Facies normale. Decubito indifferente. Lieve tinta sub-itterica della cute e delle sclere. Condizioni generali di nutrizione piuttosto decadute; pannicolo adiposo scarso, masse muscolari ipotrofiche ed ipotoniche. Costituzione scheletrica regolare.

Nelle regioni latero-cervicali ed inguinali, piccole linfoghiandole spostabili ed indolenti.

All'ispezione dell'addome si osserva che la regione epigastrica e le regioni ipocondriache sono rilevate, la cicatrice ombelicale pianeggiante, lievemente tese le due regioni iliache. Non reticolo venoso, non smagliature cutanee.

Alla palpazione superficiale, l'addome è trattabile e non dolente in alcun punto. Il fegato è ingrandito nella totalità; il limite inferiore a destra è sulla ascellare anteriore prolungata a due dita al di sotto dell'arcata costale; sulla emiclaveare prolungata al punto d'incrocio con la ombelicale trasversa; sulla xifo-pubica un dito al di sopra della cicatrice dell'ombelico; a sinistra sulla parasternale un dito al di sopra della ombelicale trasversa e sulla emiclaveare un dito al di sotto dell'arcata costale.

Il margine superiore è delimitato con la percussione nei seguenti confini: sulla ascellare media di destra al margine superiore della 8ª costola; sulla ascellare anteriore al margine superiore della 7ª; sulla emiclaveare al margine superiore della 6ª e sulla parasternale destra al margine superiore della 5ª costola.

Il margine inferiore è un po' smussato e presenta due incisure: una all'esterno della parasternale destra, l'altra sulla xifo-ombelicale.

La superficie è liscia, la consistenza uniformemente duro-elastica su tutta la superficie palpabile. Non esistono punti di minor resistenza. Lieve dolenzia diffusa alla palpazione profonda senza alcuna circoscrizione di dolorabilità.

La milza è palpabile al di sotto della arcata costale durante le profonde inspirazioni. Il polo inferiore è di consistenza aumentata. Il limite superiore sulla ascellare media è al margine superiore della 8ª costola.

Nel cavo addominale non vi è liquido.

All'apparato respiratorio, i segni della bronchite cronica; a quello cardio-vascolare nulla da rilevare all'infuori del polso a pressione bassa e un poco frequente.

Esami di laboratorio: Urine giallo-limpide, di peso specifico 1020, reazione acida. Albumina tracce. Urobilina presente. Nel sedimento qualche cilindro ialino e cellule di sfaldamento.

(1) MÉNÉTRIER e BRODIN. Soc. Méd. des Hôp., 1912.

Esame del sangue: globuli rossi 5.520.000; globuli bianchi 6.200. Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 76 %, eosinofili 1 %, basofili 2 %, linfociti 16 %, monociti 2 %. Emoglobina 86. Valore globulare 95. Resistenza globulare normale.
Reazione di Wassermann negativa.
Reazione di Hijmans-v. d. Berg negativa.

Riepilogando, ci troviamo in presenza di un individuo che non ha nulla di notevole nel gentilizio e nella anamnesi personale remota; bronchitico cronico, discreto bevitore; risultato della reazione di Wassermann negativo. Possiamo affermare che la malattia di cui ci occupiamo esordì con sintomi di una angiocolite, durata nella fase acuta circa una settimana, sintomi che lentamente scomparvero; che dopo un periodo di circa due mesi si è ripetuta la febbre a tipo remittente, senza che comparisse tinta itterica. Inoltre all'esame delle orine nulla si è trovato che indicasse notevole alterazione della funzionalità renale. L'esame del sangue escludeva leucocitosi, anemia, variazioni patologiche della formula leucocitaria. Infine all'esame obbiettivo si è trovata una discreta splenomegalia e il fegato fortemente ingrandito nella totalità, a superficie liscia, bordo leggermente smusso, consistenza aumentata.

Orientando la nostra diagnosi su questi dati — ed eliminando senz'altro l'ittero emolitico — venne esclusa una forma di epatosplenomegalia luetica con ittero, basandoci sulla negatività dei precedenti anamnestici e della reazione di Wassermann. Questi stessi dati e il reperto semeiologico di un fegato che non era deformato, mammellonato, ci allontanarono dalla diagnosi di epatite sclerogommosa.

L'inizio acuto della malattia, il decorso clinico, la concomitante splenomegalia, l'assenza di dolori, di disturbi a carico dell'apparato digerente e anche la levigatezza della superficie dell'organo sono dati da eliminare qualsiasi forma di neoplasia del fegato.

Si presentavano ora al nostro quesito diagnostico le cirrosi ipertrofiche.

Non possiamo avvicinare la affezione del nostro paziente alla cirrosi ipertrofica tipo Hanot-Gilbert; anche in questa esiste epato e splenomegalia, ma la superficie del fegato è finemente granulare, è presente l'ascite e manca di solito l'ittero.

Questi dati differenziali uniti all'osservazione di un tumore di milza che, nel nostro caso, se è palpabile non è per altro enorme, eliminano la cirrosi splenomegalica di Eppinger nella quale inoltre è quasi sempre visibile un reticolo venoso collaterale.

Anche la forma itterica (biliare) di questa cirrosi di Eppinger va respinta.

Nè si potrebbe pensare ad una cirrosi secondaria a stasi biliare, perchè nei precedenti del nostro paziente mancavano fatti che ricordassero la colelitiasi e un consecutivo stato cronico di stasi biliare.

Restano così la cirrosi di Hanot e le così dette cirrosi angiocolitiche. A quadro morboso completo una diagnosi differenziale fra queste due forme è realmente impossibile perchè esse presentano gli stessi sintomi: fegato grosso, indurito, poco dolente, a superficie liscia, milza ingrandita, febbre intermittente, ittero cronico accentuantesi nei periodi febbrili, anemia.

Però risalendo alle manifestazioni iniziali della malattia si può riconoscere che l'alterazione epatica primitiva è stata un processo di angiocolite.

L'infezione del sistema biliare a decorso cronico provocherebbe uno stato irritativo del connettivo il quale reagirebbe iperplasizzandosi, onde la epatomegalia.

Riunendo queste forme di un gruppo a parte — epatiti interstiziali ipertrofiche angiocolitiche — è possibile lasciare al morbo di Hanot il valore nosologico, sebbene lievemente modificato, che ad esso volle attribuire questo A., ed includere in tale malattia le forme di epatite interstiziale ipertrofica con ittero grave, ma con mancanza di affezione infiammatoria a carico del sistema biliare.

Venendo al nostro caso e collegando le varie fasi dell'affezione, noi abbiamo ritenuto che la angiocolite con cui esordì la malattia, dopo un periodo di acuzie, si sia evoluta cronicamente in maniera subdola fino alla presente ripresa febbrile; che in questo periodo di tempo si sia svolta una iperplasia reattiva del connettivo che abbia condotto alla epatomegalia; che la milza sia stata coinvolta in questo stato morboso ed eccitata a modificarsi nelle sue condizioni anatomiche e funzionali o in dipendenza diretta della lesione epatica, o indirettamente.

Abbiamo insomma avuta la convinzione di trovarci di fronte ad una forma di angiocolite lenta che abbia condotto a uno stato di ipertrofia del fegato.

Il nostro giudizio diagnostico non è stato ostacolato dall'assenza di un ittero conclamato in questo secondo periodo, perchè è risaputo che l'ittero nelle angiocoliti è della intensità più varia e può anche mancare e che manca del tutto e permanentemente in alcune forme che sono per ciò dette anitteriche.

Noi ponemmo perciò la diagnosi di epatite interstiziale ipertrofica angiocolitica.

Dopo quattro giorni di degenza in Clinica, è seguito l'exitus.

Studio anatomo-patologico. — Reperto necroscopico: Aderenze apicali della pleura sinistra; lieve cicatrice all'apice del polmone sinistro; nell'albero bronchiale le lesioni della bronchite cronica.

Miocardio, endocardio, ed aorta senza alterazioni rilevabili.

Milza modicamente ingrandita, con capsula ispessita, polpa diffluente al taglio, follicoli linfatici e trabecole non chiaramente visibili. Stomaco, intestino tenue e colon perfettamente normali. Ai reni, nefrosi al primo stadio.

Fegato: cospicua ipertrofia dell'organo che pesa gr. 4200; consistenza aumentata, superficie liscia, bordo smusso. Nel lobo destro, centralmente e verso la regione posteriore, si trova una cavità ascessuale, grande quanto un arancio, piena di pus cremoso brunastro, limitata da una spessa zona di tessuto connettivo fibroso. Alla superficie di taglio si apprezza una certa lucentezza del tessuto sezionato e si riscontrano notevoli alterazioni: i lobuli appariscono ovunque ipertrofici e spiccano per la loro tinta grigiastra; piccole chiazze di connettivo in alcuni punti si sostituiscono al parenchima. A carico della cistifellea si rileva che essa contiene bile fortemente corpuscolata, che le pareti sono edematose ed ispessite fino a raggiungere 5 mm., la mucosa intensamente iperemica. Cistico e coledoco sono edematosi ed iperemici, ma pervii. Null'altro di notevole.

Esame istologico: Furono prelevati pezzetti di fegato da varie zone dell'organo, fissati in formalina, inclusi in paraffina. Le sezioni sono state colorate con ematossilina-eosina, col metodo di v. Gieson e con le colorazioni speciali per l'amiloide.

All'esame istologico l'aspetto predominante era dato da una massa di sostanza amorfa disposta attorno ai sinusoidi intra-lobulari e che sostituiva quasi del tutto il parenchima epatico. Le reazioni specifiche e le colorazioni metacromatiche dimostrarono trattarsi di amiloide. Infatti la reazione iodica dette la tinta rosso-mogano delle zone degenerate; l'aggiunta di acido solforico provocò il viraggio dal rosso al verdastro; il verde di metile e il violetto di genziana, la safranina, il bleu policromo, dettero le caratteristiche colorazioni metacromatiche dell'amiloide.

Stabilita anzitutto l'esistenza della degenerazione amiloide espongo dapprima l'aspetto delle zone dove la struttura del fegato è meglio conservata; dopo, di quelle in cui il processo degenerativo è parziale; in terzo luogo, di quelle dove la degenerazione è pressochè completa, ed infine descriverò come si presentano la parete della raccolta ascessuale e la regione di fegato ad essa circostante.

1) Nelle zone meglio conservate è rilevabile una iperplasia di tutto il connettivo, la quale è più accentuata negli spazi porto-biliari. Questi vengono a costituire dei centri d'iperplasia, dai quali partono fasci di fibre che decorrono fra i lobuli; alcuni di questi fasci sono così sviluppati da comprendere in un'unica banda connettiva più zone glissoniane.

Inoltre da questi centri di connettivizzazione si staccano in alcuni punti delle gittate di delicate fibre che compenetrano per breve tratto i lobuli isolando gli elementi parenchimali, per cui le travate di Remack assumono qua e là l'aspetto di pseudo-tubuli biliari. Anche il reticolo connettivo intralobulare è notevolmente sviluppato; sono infatti chiaramente visibili le fibrille ipertrofiche ed iperplastiche sia fra le travate, sia anche fra le singole cellule che le compongono.

Tra i fasci connettivali si osserva una lieve infiltrazione di elementi parvicellulari.

Questi fatti a carico del connettivo si riverberano sul parenchima in due modi: in uno più grossolano provocando deformazione dei lobuli che vengono compressi dai più grossi fasci connettivali; nell'altro più fine perchè le fibrille intralobulari separano e strozzano le cellule epatiche.

Anche in queste zone meglio conservate è rilevabile nell'interno dei lobuli deposito di sostanza amiloide in forma di orletto pericapillare e di piccoli ammassi amorfi.

Negli spazi di Kiernan i vasi sanguigni sono normali nelle loro strutture istologiche; i canalini biliari presentano epiteli degenerati e sfaldati, sclerosi fibrosa delle pareti e note di periangiocolite produttiva.

2) Nelle zone in cui la degenerazione è parziale si vedono alla periferia dei lobuli e anche attorno a qualche vena centrolobulare, cellule parenchimali già atrofizzate e variamente degenerate; ma non vi è completa disorganizzazione della architettura dei lobuli, giacchè si intravede ancora la disposizione delle travate.

Residuano, in alcuni punti, cellule della porzione periferica dei lobuli, isolate completamente da fibrille connettive. Ove è conservato maggior numero di cellule è ben osservabile la rete intercellulare delle fibrille iperplastiche ed ipertrofiche. Negli spazi di Kiernan la connettivizzazione non è così evidente come nei territori descritti precedentemente, e sono ben visibili i fatti di angiocolite e periangiocolite.

3) Nelle zone ove l'amiloidosi è più intensa — e sono le più frequenti — il fatto più caratteristico è costituito dalla presenza di abbondantissimi blocchi di sostanza amorfa ed omogenea, che dà le caratteristiche reazioni dell'amiloide, disposta nell'interno dei lobuli in modo radiato, seguendo grossolanamente la direzione delle travate di Remack. I blocchi dell'amiloide sono allungati e fusi insieme in modo da costituire quasi un complesso plessiforme attraversato da numerosi cribri corrispondenti ai sinusoidi epatici intorno ai quali la sostanza si è disposta.

Tra le maglie costituite dai blocchi della sostanza amiloide si vedono le superstiti cellule epatiche compresse, allungate, con protoplasma scarso, disposte in modo da assumere l'aspetto di pseudo-canalicoli biliari.

Gli spazi porta, specialmente tenendo conto dell'iperplasia che questi presentano nelle zone di tessuto ben conservato, sono enormemente ridotti: residua infatti solo scarso connettivo fibrillare perivascolare. In alcuni punti bande di tessuto connettivo, più o meno ricco di fibroblasti ed elementi di essudazione, sono gittate fra uno spazio porto-biliare e l'altro, in modo da circoscrivere il lobulo epatico. Tra le maglie connettivali di tali bande sono visibili alcune cellule epatiche delle parti affatto periferiche delle travate, isolate tra i fasci connettivali, e in preda a fenomeni degenerativi più o meno gravi. In alcune sezioni i vasi venosi degli spazi di Kiernan presentano fatti di degenerazione amiloide.

4) Una veduta d'insieme della zona ascessuale mostra che la cavità è circondata da uno spesso strato di reazione connettivale formatosi in una regione di tessuto non ancora attaccato dall'amiloidosi. Nella parte di fegato che circonda la zona di reazione connettivale delimitante la cavità ascessuale i lobuli sono compressi ed appiattiti. La massa di reazione connettivale ha una chiara struttura fibro-cellulare e presenta numerosi vasellini dilatati e pieni di sangue. Alcune cellule epatiche isolate dal connettivo neoformato hanno assunto l'aspetto di neocanalini biliari. Su questa trama fibro-cellulare diffusa risaltano gli spazi porto-biliari nei quali il connettivo iperplastico meno giovane abbraccia con un anello di fascetti i dotti biliari primitivi e neoformati, e con una formazione più vasta, irregolarmente concentrica, tutto l'aggregato vascolare sanguifero e biliare. Diffusa infiltrazione parvicellulare; gli elementi di infiltrazione sono in qualche punto raccolti in accumuli rotondeggianti. La parte più interna della zona connettivale delimitante la raccolta è formata da scarse fibrille di connettivo giovane, da fibroblasti, da tessuto epatico necrotico e da una quantità enorme di cellule migratrici.

In questo tessuto degenerato ed infiltrato si vedono le amebe histolytiche. Si tratta di forme piccole che dalle misure micrometriche risultano di circa venti micron di diametro.

La divisione in endoplasma ed ectoplasma, sebbene non sia netta, è apprezzabile; il protoplasma è granulare con vacuoli.

Il nucleo è in posizione centrale: esso in alcune amebe è limitato da una membrana nucleare e la cromatina è raccolta centralmente in un ammasso. In altre amebe esso si presenta in fase di demolizione: infatti il carioplasma ha una struttura reticolare con cromatina addensata in piccoli ammassi nella porzione periferica di esso; nel centro è visibile un centriolo (figura).

Il fegato da noi studiato presenta quindi una lesione predominante rappresentata dall'amiloidosi ed un ascesso amebico classico già in atto da qualche tempo come si può dedurre dalla reazione connettivale che lo delimita. Ma v'ha di più: le alterazioni angiocolitiche e periangiocolitiche, l'iperplasia del connettivo degli spazi del Kiernan e della trama connettivale intra-lobulare con i caratteri descritti, ci rivelano che precedentemente al processo degenerativo era in atto in questo fegato anche una epatite interstiziale ipertrofica da angiocolite.

*
* *

Da quanto è esposto nello studio clinico ed anatomo-patologico risulta che lesioni fondamentali quali l'ascesso amebico e la degenerazione amiloide riscontrate al tavolo anatomico, non furono affatto prospettate nella nostra diagnosi.

Riportandoci alla storia clinica, appare veramente difficile, se non del tutto impossibile, diagnosticare nel nostro caso l'epatite amebica suppurata e l'amiloidosi.

Nulla v'era infatti che potesse far pensare ad un ascesso amebico. Non dico della mancanza di pregresse affezioni enteriche, poichè a queste bisogna dare un valore molto relativo — come dimostrano i numerosi casi di ascesso amebico clinicamente primario — ma della mancanza di segni clinici: assenza di dolore sia locale che irradiato, sia spontaneo che provocato, di ingrandimenti circoscritti deformanti il fegato, di edema dei tessuti in corrispondenza dell'aia epatica, di leucocitosi. Unico sintomo in rapporto all'ascesso amebico la febbre, che poteva però ben spiegarsi con l'ammissione dell'angiocolite lenta. Inoltre esisteva nel nostro caso un tumore di milza che appariva collegato con la lesione epatica.

All'autopsia, in seguito all'inaspettato reperto delle raccolte di tipo ascessuale con i caratteri descritti più sopra, ci orientammo verso la forma amebica dell'ascesso epatico. Nelle condizioni del nostro paziente due erano le cause che avrebbero potuto determinare la raccolta ascessuale: l'angiocolite e la amebiasi.

L'angiocolite, realmente esistente nel nostro caso, va scartata perchè gli ascessi che in questa malattia si possono produrre sono piccoli, numerosi e diffusi in tutto l'organo.

È l'amebiasi invece che dà, nella maggioranza dei casi, ascessi epatici con i caratteri anatomici di quelli da noi ritrovati. Sebbene mancassero dati anamnestici ed anatomici che riportassero alla dissenteria amebica, sul valore dei quali or ora ho detto, si pensò che nel nostro caso si trattasse di ascesso amebico. Il successivo reperto di amebe in sezioni istologiche della parete della raccolta confermò questa nostra supposizione.

Anche la degenerazione amiloide che era la lesione predominante, quella che costituiva la base della sintomatologia presentata dal nostro paziente quando venne all'osservazione, non era di facile diagnosi. È ben vero che la degenerazione amiloide realizza condizioni simili

a quelle da noi riscontrate; però nel nostro soggetto la sintomatologia generale non faceva pensare ad una amiloidosi sia per il rapido decorso della malattia, sia per la negatività dell'esame delle orine, sia infine perchè non era dimostrabile alcuna delle cause note che comunemente producono questa degenerazione.

Che il processo degenerativo fosse localizzato o generalizzato, non posso affermare: però l'esame delle orine, l'osservazione macroscopica degli organi e in ispecie della milza, fanno propendere per una forma localizzata.

Concludendo: nel nostro caso vari processi patologici si sono svolti nel fegato: l'angiocolite lenta, l'amebiasi suppurata, la degenerazione amiloide.

Se il processo che per primo si è svolto sia stato l'angiocolite lenta, affezione a decorso cronico, o l'amebiasi, che decorse cronicamente e subdolamente, non può dirsi. Certo è che la degenerazione amiloide, comparsa secondariamente, è stato il processo morboso che si è nettamente sovrapposto ai precedenti.

Volendo infine ricercare nel nostro caso il momento eziologico della degenerazione, notiamo che mancano in modo assoluto le affezioni che vengono comunemente riconosciute come cause della amiloidosi (tubercolosi, sifilide, malaria, leucemia, processi suppurativi cronici).

Unica lesione verso la quale indirizzare l'attenzione è la raccolta necrotica colliquativa del fegato. Questa, favorita dall'alterazione locale e del ricambio causata dall'angiocolite lenta, avrebbe rappresentata con tutta probabilità la causa dell'insorgenza del processo degenerativo.

Ammettendo ciò bisogna riconoscere un decorso relativamente rapido nella evoluzione del processo degenerativo, ma, a prescindere dal fatto che noi non conosciamo i limiti dello sviluppo delle reazioni morbose nell'organismo, la degenerazione riscontrata nel nostro caso non può attribuirsi ad altro fattore che non sia quello dell'ascesso amebico che doveva essere in atto da tempo.

Mi pare dunque che è proprio ed essenzialmente nell'ascesso epatico amebico che debba individuarsi, nel caso descritto, il fattore causale della degenerazione amiloide riscontrata.

RIASSUNTO.

Caso di degenerazione amiloide del fegato associata ad ascesso amebico a decorso latente. Per l'assenza di ogni altro fattore eziologico dell'amiloidosi, se ne attribuisce la causa alla raccolta necrotico-colliquativa provocata dalla ameba hystolitica nel fegato.

SUNTI E RASSEGNE.

ALIMENTAZIONE E NUTRIZIONE.

L'alimentazione come causa di malattia.

(G. STARK. *Medizinische Welt*, 29 ottobre 1932).

L'alimentazione ha lo scopo ed il compito di mantenere l'organismo in un determinato stato plastico ed energetico, e perciò deve essere quantitativamente e qualitativamente adatta. Lo stato normale è variamente determinato e definito nelle varie età, regioni, stagioni, condizioni sociali, razze e nei due sessi, e perciò l'alimentazione deve anche essa variare entro limiti molto ampî in rapporto alle su dette condizioni.

L'alimentazione deve essere caloricamente proporzionata ai bisogni dell'organismo e deve contenere determinate quantità di albumine, carboidrati, grassi, sali, acqua, nonchè vitamine.

Inoltre gli alimenti devono essere preparati in modo da favorire la loro digeribilità.

In relazione a quest'ultimo punto è da osservare che gli alimenti possono presentare forme e qualità diverse: liquida, a poltiglia, compatta; fredda, calda, scottante; cruda, più o meno cotta, seccata, arrostolata; semplice o più o meno complicata; commista o non a sostanze appetitose o stucchevoli; più o meno ricca di scorie.

Quando gli alimenti non sono adatti per ciascuno dei punti sopra indicati possono riuscire dannosi ed essere causa di vere e proprie malattie.

Quando il loro contenuto non è adatto per numero di calorie, ossia per quantità, si possono avere le malattie da ipo- ed iperalimentazione, dal deperimento fino alla polisarcia, malattie generali e malattie organiche. Le conseguenze dell'alimentazione quantitativamente inadatte possono essere la diminuzione della sostanza corporea in un caso, l'eccessivo deposito di materiale in un altro con tendenza alle alterazioni grasso-degenerative degli organi, l'insufficienza o l'eccesso dell'apporto energetico. Spinta fino all'ultimo limite l'ipo- o l'iperalimentazione può condurre alla cachessia e alla morte per fame o all'infiltrazione grassosa di organi importanti, alla morte per insufficienza del miocardio in degenerazione grassa. Ma senza dubbio in tutto ciò ha importanza anche la costituzione, il potere autoregolatore dell'alimentazione e del ricambio materiale, che normalmente agisce come elemento compensatore. Perciò, sopratutto per il caso della iperalimentazione, le alterazioni organiche e generali si stabiliscono solo quando esistono condizioni costituzionali che rendono l'organismo incapace a correggere o a rendere meno dannosa l'alimentazione quantitativamente inadatta.

Le alterazioni nutritive dipendenti da un'alimentazione unilaterale sono ancora più fre-

quenti. Si hanno innanzi tutto nei bambini, nei quali già piccoli spostamenti del contenuto di grasso nel latte danno occasione ad affezioni gastro-intestinali e a disturbi del ricambio. Negli adulti l'alimentazione iperazotata concorre a determinare alterazioni reumatiche e quando sia anche ricca di sali favorisce lo sviluppo della diatesi urica e della gotta. La dieta ricca di carboidrati può provocare lesioni epatiche e la glicosuria alimentare. Anche l'abbondante ingestione di acqua è dannosa in quanto sovraccarica la circolazione, come spesso si osserva nei forti bevitori di birra nei quali al danno meccanico provocato dall'aumento dell'acqua nell'organismo si aggiunge quello tossico dovuto all'alcool.

Che l'alimentazione quantitativamente deficiente è dannosa, è un fatto ben noto da tempo. La riduzione oltre un determinato minimum del contenuto di albumina negli alimenti provoca disturbi gravi, tra i quali il più noto è l'edema da fame osservato largamente durante la grande guerra. L'iperalimentazione pura da carboidrati è molto rara in quanto la maggior parte degli alimenti comuni è ricca di tali sostanze. Lo stesso può dirsi per la deficienza di grassi in quanto l'organismo può per molto tempo utilizzare i propri depositi di tali corpi. La deficienza di acqua conduce al prosciugamento dei tessuti, ma si tratta di una condizione che si verifica raramente. Anche raro è l'impoverimento dell'organismo in sali da deficienza negli alimenti, perchè questi ne sono in genere sempre ben forniti. Una tale deficienza può essere risentita e condurre a disturbi da carenza di sali ed all'osteomalacia solo in particolari condizioni nelle quali l'organismo richiede una maggiore quantità di tali sostanze, durante lo sviluppo e la gravidanza. Sono ben noti gli stati patologici consecutivi alla deficienza di vitamine.

Il più importante degli elementi qualitativi degli alimenti è la loro digeribilità. Si sono già accennate le condizioni che hanno importanza al riguardo.

La consistenza degli alimenti, liquida, a poltiglia, compatta, deve variare a secondo le età. In genere può dirsi che nel primo periodo della vita la dieta deve essere liquida, deve diventare gradatamente più compatta e rimanere più o meno tale fino alla età matura, per assumere una consistenza a poltiglia nella vecchiaia. Comunque a parte i disturbi che si possono avere nell'infanzia da alimenti non liquidi, la consistenza di cibi raramente è causa di vere e proprie malattie. Viceversa il fattore temperatura ha spesso molta importanza come causa di malattia. Le bevande fredde come i cibi ghiacciati provocano spesso catarri gastrici e l'ingestione di alimenti troppo caldi è considerata come un elemento determinante dell'ulcera e del cancro dello stomaco. Analogamente l'uso esclusivo di alimenti crudi è spesso causa di alterazioni gastro-intestinali.

La natura dei componenti dell'alimentazione ha naturalmente la sua importanza, in quanto vi sono ingredienti dei cibi che adoperati in dosi eccessive o anche in piccole dosi continuate producono effetti tossici; tale è il caso del caffè, del tè, dell'alcool e dei condimenti eccitanti.

Le ricerche di Pawlow hanno dimostrato fino a qual punto la nausea e l'appetito agiscano nel rendere proficua o dannosa l'alimentazione. Cibi per se stessi innocui possono diventare dannosi se presi mal volentieri o addirittura con nausea. Il mangiare con appetito aumenta il potere nutritivo degli alimenti.

L'alimentazione deficiente di scorie, come è di solito quella raffinata, è spesso causa di malattie. Essa è una causa frequente di stitichezza. Viceversa l'alimentazione troppo ricca di scorie, come è il caso della dieta vegetariana o cruda provoca spesso catarri gastroenterici.

Devesi anche tener presente che vi sono condizioni dipendenti da altri apparati che influiscono sull'appetito e sulla capacità di assimilazione del tubo digerente. Così il vivere in ambienti dove l'ossigeno è scarso determina stati anemici che provocano una riduzione dell'appetito, senza parlare delle concomitanti alterazioni a carico dell'apparato gastro-enterico che diminuiscono la sua capacità di digestione ed assimilazione.

Così alcuni veleni voluttuari come la morfina e la cocaina, riducono il senso dell'appetito ed anche per tale senso, oltre che per la loro azione diretta sul sistema nervoso e sul ricambio generale, danneggiano l'organismo. Tra i veleni stessi il più comunemente adoperato è la nicotina, la cui azione anoressica è ben nota. Tutti sanno che una sigaretta calma la fame.

La vita sedentaria determina una diminuzione dei bisogni nutritivi organici e la natura ha provveduto con un sistema di autoregolarizzazione abbassando in tali condizioni la sensazione dell'appetito. Solo in casi patologici il riposo non diminuisce l'appetito: si ha allora un accumulo di grasso che a sua volta induce al riposo. Si stabilisce così un circolo vizioso che ha perniciose conseguenze per le sue ripercussioni sulla circolazione. DR.

Il riso nell'alimentazione.

(G. GALLERANI. *Gazz. degli Osp. e delle Clin.*, 5 febbraio 1933).

L'A., profondamente convinto della necessità di intensificare la propaganda di questo prezioso cereale che, largamente usato da alcune popolazioni, fisicamente e psichicamente fiorenti, è trascurato nella alimentazione di altre regioni, specialmente meridionali, dimostra scientificamente come con l'impiego più este-

so del riso si raggiungano alte finalità non solo fisiologiche, igieniche, ma anche economiche e patriottiche.

Fu un tempo sostenuto che il riso ha assai scarso valore nutritivo. Ciò è contrario alla verità.

Relativamente al contenuto di sostanze proteiche e plastiche un riso ottimo arriva alla percentuale di 7,30 %, quindi pressochè uguale a quella del pane integrale e superiore a quella del pane bianco.

Ma è della massima importanza ricordare che è antiscientifico tener calcolo della sola quantità del proteide, giacchè necessita por mente anche alla sua qualità, alla sua costituzione chimica. Orbene, si è trovato nel riso, accanto a piccole quantità di albumina e globulina, come massa principale, un proteide chiamato oryzenina, che contiene in abbondanza lisina, argirina e istidina, con acido glutaminico e il 2 % di triptofano. Ed è noto che il triptofano è necessario per l'attività normale dei protoplasmi e che la lisina è essenziale per la crescita dei giovani animali. Il valore biologico del riso è altissimo rispetto a quello del frumento e del granturco e questo sia perchè le proteine del riso sono più affini nei loro aminoacidi alle proteine dell'uomo, sia per la facile digeribilità del riso, maggiore che per gli altri cereali. Del riso viene complessivamente assorbito il 96 %.

Relativamente agli idrati di carbonio, il riso ne è ricchissimo, contenendone dal 77 all'82 %. Non v'ha dunque chi non veda quale ricca sorgente di bene fisiologico possa essere il riso per il lavoratore. È da pensare ai gravi danni dei cibi ricchi di proteidi e poveri di idrati di carbonio e grassi, a causa dei quali si producono fatali intossicazioni. Usando il riso, si raggiunge facilmente la quota della termodinamogenesi senza gl'inconvenienti gravissimi suddetti, il che ha importanza igienico fisiologica inestimabile.

Da quanto si è detto, risulta che il riso ha una speciale indicazione negli stati uricemici e gottosi.

Il riso è quasi del tutto privo di cellulosa ed è pertanto alimento ideale per i sofferenti di enteriti.

Relativamente ai grassi, che si prenda il riso o il pane o la pasta, i grassi devono essere sempre e in ogni caso aggiunti, ricorrendo ad altre sostanze.

Il riso contiene notevoli quantità di anidride fosforica, e ognuno conosce la grande importanza delle sostanze fosforate alimentari. L'americano Joseph Washington Hall riferisce come alla alimentazione dei Giapponesi, costituita di pesce e riso, alimenti che contengono grandi quantità di fosforo, si debba attribuire precipuamente la forte natalità di quel popolo.

Riguardo alle altre sostanze minerali, devono essere ricordati il calcio, il magnesio e il potassio, non solo nella loro quantità ma anche nel loro rapporto. Riguardo al potassio, elemento eccitante, il riso mondato ne ha meno che gli altri elementi menzionati; può dirsi dunque che il riso modera la soverchia eccitazione determinata p. es. dal vitto carneo. E il riso contiene il ferro, il silicio eccitante la formazione dei connettivi, il rame, lo zinco. Lo zinco accompagna la vitamina B antineuritica e parteciperebbe agli scambi organici. I sali di zinco si comportano come le ossidasi e le perossidasi.

Il riso integrale, non mondato, contiene anche le vitamine della famiglia B, cioè le antineuritiche. In genere il riso si unisce ed ammannisce con altri cibi che sono ricchi di vitamine, come il burro ed altri grassi animali di secrezione, le uova, la verdura, e specialmente il pomodoro, sovrano vitaminico. Il riso è ricco inoltre di vitamina E o vitasterina di Funk o vitamina della fecondità.

È da notare poi che il riso soggiorna nello stomaco, senza gravame, il tempo ideale per sottostare rapidamente alle necessarie trasformazioni. Se il tempo della digestione del riso è un'ora, quello della pasta è di tre ore, per cui di questa si sente più a lungo il peso.

Il riso inoltre è provvido vettore di liquidi; assorbe due volte di brodo, di acqua, di latte. Calma la sete e provoca abbondante secrezione di saliva.

Il riso è ottimo alimento per la gioventù, è prezioso nelle malattie e specialmente nelle convalescenze delle malattie infettive, nelle affezioni dello stomaco (iposecrezione e stati ulcerativi), nelle disappetenze ostinate, nelle enteriti, nelle colemie famigliari, nelle malattie renali, epatiche, cardiache, nelle manifestazioni artritiche, nella gotta, negli stati legati a perturbamenti degli organi a secrezione interna, nell'arteriosclerosi, in alcune affezioni della pelle.

Non bisogna dimenticare che fin dai tempi più lontani l'uomo ne fa uso, e questo è un argomento di fatto la cui importanza è straordinaria e ineccepibile.

Concludendo, a chi accampa contro l'uso del riso il supposto scarso potere nutriente si risponde che oggi la scienza dimostra che ciò è calunnioso. C. TOSCANO.

L'uva e il glucosio nell'alimentazione e nella terapia.

(G. BOERI. *Il Morgagni*, 30 ottobre 1932).

Composizione dell'uva. L'uva matura, oltre al glucosio e all'acqua, contiene molte altre sostanze, in proporzioni alquanto diverse secondo l'epoca della maturazione e sopratutto a seconda che se ne analizzi la polpa o la buccia. Vanno ricordate le sostanze proteiche (1-2 %), lipoidi, acidi organici, sostanze minerali (fosforo, ferro, manganese, silicio, potassio, calcio, magnesio, sodio), fermenti, vitamine, aromi, sostanze coloranti, ecc.

Ma il componente principale dell'uva è certamente il glucosio, contenuto nella proporzione da 15 a 35 %.

Il valore alimentare dell'uva risulta perciò dalla considerazione che, ai fini dell'energia muscolare e della produzione di calore, un chilogrammo di uva, contenendo circa 200 gr. di glucosio, fornisce circa 800 calorie, quanto approssimativamente ne forniscono un chilogrammo e 200 gr. di patate, oppure 300 gr. di pane o di pasta o 387 gr. di carne o 1105 gr. di latte. Con ciò naturalmente non si vuole dedurre che all'equivalenza termodinamica corrisponda l'equivalenza biochimica.

Proprietà fisiologiche del glucosio. È importante considerare che tutti gli alimenti idrocarbonati sono, come il glucosio, dei saccaridi, ma più complessi (polisaccaridi), i quali, per essere utilizzati nell'organismo, debbono essere digeriti ed essere trasformati in glucosio. Il glucosio è perciò una delle pochissime sostanze alimentari che, per essere assorbite e utilizzate nell'organismo, non hanno bisogno di essere digerite o comunque elaborate nel tubo gastroenterico. Il glucosio non lascia quindi residui, consente la massima utilizzazione e non richiede lavoro digestivo.

Il glucosio, oltre a provvedere alle esigenze normali della macchina animale in tutte le sue manifestazioni del movimento, del calore, ecc. dispiega anche molteplici azioni, dinamogene, tonogene, sui muscoli e sul cuore, sulla pressione, oltre ad un'azione lassativa e disintossicante, come è stato dimostrato dallo Zagari.

Applicazione del glucosio nella terapia. Deriva da quanto è stato detto, l'applicazione preziosa del glucosio per la cura della magrezza, del deperimento organico, delle malattie consuntive, delle anemie, degli esaurimenti, delle convalescenze, della tubercolosi e degli stati detti erroneamente pretubercolari, della senilità precoce o esagerata. La facile digeribilità del glucosio, e per esso dell'uva, l'assenza di residui in detta digestione, la proprietà lassativa, rendono preziosa l'uva nella cura delle affezioni gastroenteriche (dispepsia, atonia intestinale). La sua azione sulla funzione renale suggerisce la cura dell'uva nelle nefriti. L'azione sulla diuresi, dovuta, oltre che al glucosio, anche all'alto contenuto in sali di potassio, la indica nella cura delle intossicazioni. Il contenuto dell'uva in vitamine, acidi organici, fermenti, la consiglia in molte malattie di carenza.

Ancora più degna di interesse riesce l'indicazione curativa del glucosio e dell'uva nelle malattie del gruppo artritico e particolarmente nello stesso diabete. L'uva, come le altre frutta, modifica in senso alcalosico l'equilibrio acido basico del sangue; d'altra parte l'uva contiene, oltre al glucosio, anche il levulosio, in quantità tanto maggiore quanto più è progredita la maturazione ed è nota la maggiore tolleranza dei diabetici per il levulosio; oltre a ciò la cura dell'uva, tendendo ad aumentare la riserva alcalina del sangue, può favorire l'assimilazione del glucosio, essendo dimostrato che la dieta alcalinizzante rende gli animali più sensibili all'azione dell'insulina. Melocchi fece osservare che lo zucchero di uva è un fattore modificante favorevolmente la glicogenesi e che i fermenti dell'uva, data la loro azione ossidante, accelerano i rallentati processi del ricambio materiale.

È dunque giustificata la indicazione dell'uva negli artritici e nei diabetici, indicazione che a prima vista sembrerebbe assurda.

Bisogna ancora ricordare la cura che di recente si è proposta per le astenie del miocardio mediante la somministrazione di glucosio e di insulina. E finalmente deve essere presa in seria considerazione la benefica azione che la pratica va largamente registrando dalla somministrazione di glucosio nelle infezioni.

Tecnica e modalità della terapia glucosata. Quando non sia possibile la somministrazione dell'uva, bisogna ricorrere al glucosio. Quando non sia possibile la somministrazione per via orale, alla ipodermoclisi è da preferire le iniezioni rettali di soluzione glucosata, che esercitano la stessa azione fisiologica e terapeutica, preferibilmente per mezzo di una sonda rettale nel tragitto della quale sia intercalato un piccolo contagocce in modo da far defluire il liquido goccia a goccia. Si possono con questo metodo introdurre anche parecchi litri della soluzione glucosata, i quali vengono assorbiti completamente, cosa questa che non può dirsi per le numerose e complicate miscele comunemente prescritte per l'alimentazione rettale. Infatti tali miscele richiedono, per essere assorbite dall'intestino retto o dal sigma, di essere anzitutto digerite, ed il tratto su detto del tubo digerente non possiede, nè anatomicamente nè funzionalmente, la possibilità di esercitare funzioni digestive.

La rettoclisi glucosata, più semplice e più pratica della ipodermoclisi, è anche più utile perchè nella rettoclisi il glucosio, invece di versarsi direttamente in circolo, donde iperglicemia e glicosuria, viene prima opportunamente trattenuto ed elaborato nel fegato.

L'A. mette infine in evidenza l'opportunità, della campagna che attualmente si svolge per diffondere ed aumentare largamente il consumo dell'uva da parte degli individui sani, per i quali può costituire un alimento igienico e prezioso. C. TOSCANO.

Le sindromi di inassimilazione.

(G. MORIQUAND. *Bull. Ac. de Médecine*, seduta 31 genn. 1933).

L'A. divide le sindromi di *inassimilazione* in alcune grandi categorie; esisterebbe l'*inassimilazione generale*, specialmente frequente nei bambini; quasi in tutti i casi di questa la causa

dovrebbe ricercarsi nel fegato. Mentre però nell'inassimilazione del lattante (che porta spesso all'atrepsia) non si riscontrano alterazioni epatiche vere e proprie, ma solo uno stato di chondrioma epatico, l'infante inassimilante presenta i segni del piccolo epatismo: intolleranza per alcuni alimenti, riflessi cholemici sulla cute, feci grosse e malodoranti ecc. Sono questi i bambini del tipo artritico, gli « inadatti ubani » sensibili a cambiamenti meteorologici, che si avvantaggiano dalla cura climatica ed epatica. Per i primi invece il rimedio più prezioso sarebbe il latte umano.

V'è poi la sindrome di *inassimilazione* verso alcuni alimenti *speciali*: a questa l'A. riporta il rachitismo, nel quale il calcio non viene assimilato; spesso ad esso si associa l'inassimilazione fosforata.

Accanto a questa *inassimilazione quantitativa*, la quale si rivela con assenza di crescita ponderale ed in altezza, vi è anche l'*inassimilazione qualitativa*, la quale crea degli organismi pseudo floridi e squilibrati; in questa le sindromi relative possono comparire bruscamente ed il medico deve rilevarle precocemente.

Lo studio di queste diverse sindromi è ancora ai suoi primi passi; ma il campo di esse è vasto; per ora le conosciamo solo nel bambino, ma esistono anche nell'adulto, e se anche non sono rilevabili facilmente, debbono avere una importanza non trascurabile. S. MINZ.

ENDOCRINOLOGIA.

Pelle e sistema endocrino.

(G. STÜMPKE. *Die Medizinische Welt*, n. 52, 1932).

Che le glandule endocrine abbiano una notevole influenza sulle condizioni della pelle è dimostrata da alcuni grandi quadri clinici, che evidentemente sono determinati da un disturbo di una o più glandule a secrezione interna.

Sono al riguardo esempi molto significativi lo stato della pelle nel mixedema ed il particolare colore della cute nel morbo di Addison.

E vanno anche ricordati l'acne volgare che è in relazione con lo sviluppo sessuale e le affezioni cutanee (eczema, psoriasis, erpes, foruncolosi, impetico) che talvolta compaiono nel corso della gravidanza.

Di recente è stata avanzata la ipotesi che anche alcune anomalie dello strato corneo, come l'ittiosi, possa essere in rapporto con disfunzioni endocrine.

La formazione dei nei è spesso in relazione con processi infettivi dell'apparato endocrino, la sifilide, ad esempio, specie congenita.

È anche verosimile che la stessa origine abbiano alcune alterazioni delle unghie, se si tien conto che esse sono particolarmente frequenti nelle psoriasi, i cui rapporti con un disendocrinismo sono spesso evidenti.

Le anomalie dei peli, l'iper- e l'ipotricosi, sembrano in rapporto con disfunzione surrenale.

I disturbi vaso-motori legati a squilibri del vagosimpatico, i cui rapporti con il sistema endocrino sono noti, si accompagnano ad alterazioni cutanee spesso molto imponenti (iperidrosi, pallore, cianosi, modificazioni termiche).

Le recenti ricerche hanno messo in evidenza come l'eczema sia prevalentemente, se non esclusivamente, un'affezione allergica. Tuttavia nella maggioranza dei casi si nota la presenza di stigmate neurovegetative che fanno pensare ad un rapporto per lo meno indiretto con il sistema endocrino.

Questo rapporto è più evidente e più diretto per la psoriasi, in quanto in questa malattia spesso si incontrano disturbi di glandule endocrine. La controprova si ha nel fatto che talvolta da dermatosi migliora con l'adatta opoterapia.

Alcuni processi ulcerativi, l'ulcera erpetiforme, ed altre dermatiti possono presentarsi o aggravarsi in occasione del periodo mestruale, il che prova la loro correlazione con la disfunzione ovarica. Anche in questi casi il criterio terapeutico è presso che decisivo.

Le glandule che più frequentemente sono alterate nelle affezioni cutanee, e che quindi sembrano collegate con la patogenesi delle dermatosi stesse, sono le tiroidi, le genitali e le surrenali.

Non è senza importanza il fatto che in alcune affezioni del ricambio che notoriamente sono in rapporto a disendocrinismo, come il diabete, la pinguedine, la gotta, siano molto frequenti le dermatiti.

Riconosciuta la causa della dermatite la cura è relativamente facile. Bisogna somministrare gli estratti o meglio preparazioni fresche di quella o quelle glandole la cui funzione risulta deficiente. Occorre sopra tutto che la cura sia praticata con esattezza e costanza, dovendo avere in genere una lunga durata.

Spesso insieme con il miglioramento della malattia cutanea si constaterà quello dello stato generale e di disturbi concomitanti (iperidrosi, cefalea, disordini gastro-enterici, asma).

La cura opoterapica sarà integrata dalle cure medicamentose sopra tutto a base di zolfo per via interna, dalle pomate esterne diverse a seconda dei casi, eventualmente dalle irradiazioni con raggi ultravioletti. DR.

L'effetto delle iniezioni di "Theelin„ sulla donna castrata.

(A. WEMER e W. D. COLLIER. *Journal Am. Med-Assoc.*, 4 marzo 1933).

Numerosi autori hanno sperimentato l'azione che gli estratti, sia ovarici in toto, sia di corpo luteo, sia di follicolo o di placenta hanno sulla attività dell'apparato genitale delle

scimmie e dei ratti e hanno concordemente constatato che tale attività viene stimolata e che in certi casi si arriva perfino ad anticipare la maturità dell'apparato genitale stesso.

Più recenti sono gli studi dei rapporti fra funzione del lobo anteriore dell'ipofisi e ciclo mestruale, studi che sono valsi a dimostrare che l'ormone ipofisario è indispensabile al compimento della funzione mestruale. In questi ultimi tempi poi si è riusciti a preparare un nuovo ormone ovarico « theelin », il quale, sperimentato sulle scimmie, è riuscito a riprodurre in modo completo il meccanismo della mestruazione.

Interessante era perciò poter sperimentare, sulla donna ovariectomizzata, l'azione di questo nuovo ormone.

Gli AA. sono riusciti ad ottenere la collaborazione di cinque donne castrate, le quali hanno consentito a sottoporsi a tutte le indagini necessarie per un razionale controllo degli esperimenti.

Ad esse sono state somministrate quotidianamente, per via ipodermica, da 200 o 400 unità ratto di « theelin », e durante il decorso dell'esperimento a varie riprese si sono praticati prelevamenti di endometrio per osservarne le modificazioni istologiche.

In tutte queste donne, in cui si avevano evidenti segni di atrofia dei seni e dell'apparato genitale, si è osservato, fin dalle prime iniezioni, un ritorno allo stato normale sia delle ghiandole mammarie, che della mucosa genitale; l'endometrio ha assunto l'aspetto della mucosa uterina nel periodo premestruale; si è avuto un gemizio sanguigno dall'utero in tutto uguale per qualità e quantità al flusso mestruale, accompagnato dei sintomi subiettivi che le donne presentano nel periodo catameniale.

Inoltre i sintomi di ipovarismo, durante la somministrazione di « theelin » scompaiono, e torna a ripresentarsi, con caratteri del tutto normali, la libidine.

In nessun caso si sono avuti disturbi, nè locali nè generali, che si potessero mettere in rapporto col medicamento introdotto.

M. PONS.

I sali di calcio e loro modificazioni per mezzo dell'ormone paratiroideo.

(R. SPIEGLER. *Monat. f. Gebur. und Gyn.*, v. 93, 1932).

Tre sono le forme principali dei sali di calcio nel sangue: calcio ionizzato, bicarbonato di calcio, calcio colloidale. Un alterato rapporto fra queste tre forme produce nell'organismo gravi disturbi, anche quando il tasso del calcio in toto non è variato. Una donna operata ben due volte per struma, dopo diversi anni dal secondo intervento, è colta improvvisamente da una tetania, complicata da una grave forma di dermatite. L'esame nel sangue del calcio in toto dà un contenuto normale, invece si osserva un rapporto alterato fra le varie forme specie per la forma colloidale, quasi scomparsa. Poichè la terapia usata in un primo tempo ha lasciato quasi invariate le condizioni della paziente si pensa di accoppiarla ad una terapia ormonale (paratiroidea) ed infatti con un rapido miglioramento si è visto anche un ritorno al normale del rapporto fra le varie forme, ed il calcio colloidale, che era scomparso, si osserva di nuovo nel sangue. Dimessa la donna guarita si è potuto ancor maggiormente studiare l'influenza degli ormoni paratiroidei in un secondo momento quando la paziente si è ripresentata, perchè di nuovo ammalata ed in una forma molto più grave e ciò perchè aveva trascurato prendere a domicilio le tavolette prescrittele. L'esame del calcio nel sangue dà gli identici risultati della prima volta: calcio in toto quasi normale, disquilibrio fra le varie forme con quasi scomparsa del calcio colloidale. La cura paratiroidea dà di nuovo ottimi risultati. Gli ormoni paratiroidei sono destinati a mantenere costante il rapporto fra le varie forme. Si è anche osservato che a principio l'influenza degli ormoni è di breve durata, appena due ore, ma dopo somministrazione prolungata l'equilibrio è più duraturo fino a raggiungere dopo un certo tempo un equilibrio stabile. Questo fatto è importante non solo dal lato pratico ma anche dal lato biologico, poichè noi possiamo darci ragione degli scoppi improvvisi di convulsioni eclamptiche in donne che non presentano alcun sintomo premonitore, rivolgendo la nostra attenzione alle paratiroidi, la cui secrezione interna, molto influenzabile per diverse cause, può portare un rapido disquilibrio nelle varie forme di sali di calcio e determinare così dei quadri convulsivi.

G. ZACCARO.

CENNI BIBLIOGRAFICI. [1]

STEPHANI e MARCHAL. *Diagnostic radiologique de la tuberculose pulmonaire au début.* Volume di 250 pagine. Maloine éd., 1932. Frs. 40.

È un libro scritto con grande cura, con grande ponderazione; documentato da numerosissime illustrazioni (più di 90), che deve esser considerato ed apprezzato da chi si occupa di tisiologia e di radiologia.

Non senza una vera preparazione, quale si può già valutare dai precedenti loro lavori, gli AA. hanno voluto affrontare il problema di dimostrare in qual misura l'esame radiologico possa servirci ad una diagnosi d'un processo tubercolare al suo inizio, nei casi, quindi, di maggiore difficoltà e responsabilità. Essi, molto giustamente all'inizio del loro lavoro, insistono per ben 48 pagine sulle condizioni di tecnica necessarie per poterci fornire degli elementi sicuri e perfetti sopratutto radiografici sui quali fondare il proprio giudizio diagnostico. Chi infatti ha pratica di radiogrammi polmonari sa quale differenza di dettaglio, quale ricchezza di particolari può dare la teleradiografia a 2 metri o 2,50, a posa brevissima da 2/100 a 5/100 di secondo rispetto ai comuni radiogrammi polmonari anche ben posati ed esteticamente belli.

In una breve recensione non ci si può addentrare in maggiori dettagli su questo campo, tanto più che ciò rientra nel dominio d'una specialità. Certo è però che chi vuole tenersi al corrente dei progressi della tecnica radiologica polmonare, dei suoi risultati ed anche delle sue difficoltà leggerà con vivo interesse questa prima parte del libro di Stephani e di Marchal. Ottima cosa a me sembra poi sopratutto aver voluto insistere con numerose dimostrazioni sull'utilità degli esami radiologici in serie.

Buoni sono i capitoli dove gli autori esaminano gli aspetti del polmone normale e i limiti fra il normale e il patologico nell'immagine radiologica polmonare. È però grave peccato che in queste trattazioni gli AA. che pur sono stati così scrupolosi, abbiano dimostrato di trascurare completamente i risultati degli studi radiologici italiani, e sopratutto quelli delle scuole di Busi e di Maragliano.

Circa l'ultima parte, che si potrebbe chiamare conclusiva del lavoro, si può non condividere un certo spirito nuovo (forse troppo — come dire? — futurista) degli AA. di voler cioè evitare il più possibile qualsiasi interpretazione anatomo-patologica dei vari processi.

Troppe volte, infatti, in passato, si sono commessi nel campo della radiologia errori gravissimi per non voler tener conto dell'anatomia patologica.

Però la trattazione delle diverse forme (condensanti, nodulari e diffuse) è così ampia e bene aggiornata, è così precisa nei dettagli che può riuscire di vera utilità anche allo specialista, anche al radiologo consumato.

Il libro conclude con un'affermazione, alla quale tutti, credo, possiamo sottoscrivere: che cioè nella diagnosi e nel prognostico delle forme polmonari all'inizio l'indagine radiologica non deve esser considerata che come un tempo nell'insieme dell'esame. Tempo spesso di notevole importanza, ma sempre non tale da diminuire quella degli altri *metodi d'indagine.*

GASTONE MELDOLESI.

T. DALE. *Der Wert der Roentgenuntersuchung in der Lungendiagnostik.* Nordstedt editore. Collana degli Acta Radiologica, supplemento XVI, Stoccolma 1933. Corone svedesi 10.

La monografia dell'A. vuole portare un contributo alla questione della interpretazione del radiogramma del polmone nel senso anatomopatologico: interpretazione difficile e solo in parte possibile nel raffronto dei dati clinici radiologici e necroscopici.

L'A. da un lato nel vivo ha studiato la composizione e la modificazione dell'ilo dopo iniezione di abrodil e dall'altro ha studiato nei cadaveri il comportamento degli interlobi mediante iniezione di pasta di Beck e ha cercato nel cadavere di impiegare la sterografia insufflando il polmone.

Iniettando 90 cc. di una soluzione di abrodil al 40 % l'A. ha veduto rinforzato il disegno polmonare portando un contributo ulteriore alla questione della genesi vasale dell'ilo. Dal confronto dei reperti stereografici l'A. sostiene che è difficile all'infuori della forma miliare di porre una diagnosi specifica di tubercolosi e anche più difficile di porre una diagnosi differenziale di qualità delle lesioni quasi sempre miste.

Numerose figure e radiogrammi rendono più ricca la monografia che studia largamente (sempre nel cadavere) la questione del focolaio primario e la genesi di molti errori nella interpretazione delle ombre nel radiogramma.

E. MILANI.

L. LAQUERRIÈRE e D. LÉONARD. *Les courants de haute fréquence en gynécologie.* Ed. Masson. Parigi, 1933. Frs. 18.

È un volumetto, della collezione di medicina e chirurgia pratica, dove in brevi pagine (138) sono riassunti il dottrinale e la pratica della alta frequenza in ginecologia.

D'Arsonval, ben noto come il valorizzatore di tale tipo di terapia, premette una succosa prefazione per rivendicare alla sua Francia il merito di aver creato l'elettroterapia ginecologica per opera di Tripier e di Apostoli e loda gli autori del libro per l'esposizione non solo, ma anche per lo spirito che li ha diretti nel non limitarsi alla sola diatermia.

Alla lode del D'Arsonval non vale aggiungere parola. Noi diremo solo che l'esposizione

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

è, come al solito, chiara, facile; aggiungeremo che sono passati in rivista tutti i vari capitoli della patologia ginecologica in cui le correnti ad alta frequenza possano giovare; per l'edizione vorremmo solo rilevare che, trattandosi di un libro *ginecologico*, la figura 4, dove si cura un *uomo*, è fuori posto... (Ma ben di più ne sono sfuggite nello Stoeckel, nel capitolo della terapia fisica...); del resto è commendevole come sempre quella della grande casa Masson).

p. g.

Hans V. Seemens. *Allgemeine und Spezielle Elektrochirurgie*. Berlino, 1932.

Lo sviluppo assunto oggi dalla elettrochirurgia, specialmente in Germania fa sentire il bisogno di un'opera che insieme ai princìpi su cui si basa il metodo, indichi chiaramente la tecnica e precisi le indicazioni, riepilogando quello che finora è stato fatto in questo campo e quello che si può tentare.

Il libro di Seemens, nella bella veste tipografica di Springer di Berlino, raggiunge appunto questi scopi.

Una parte generale è dedicata alla storia, alle basi fisiche della elettrochirurgia, allo strumentario, alla tecnica generale.

La parte speciale riguarda le possibilità della elettrochirurgia nei vari campi della chirurgia: emostasi, operazioni su organi parenchimatosi, operazioni su tessuti infetti, ecc. Un vasto capitolo interessa il campo dei tumori maligni, nel quale la elettrochirrurgia può dare grandissimi aiuti.

Il capitolo finale, curato dal dottor Otto Schürck è dedicato alla elettrochirurgia dei tumori maligni associata alla radioterapia.

Nell'opera sono riportate numerose ricerche sperimentali e molti casi clinici occorsi nella clinica chirurgica di Monaco diretta da Lexer. Il libro di Seemens si può considerare come l'opera più completa in tema di elettrochirurgia apparsa finora. È corredato di più che 300 figure e e di un'amplissima bibliografia.

P. Stefanini.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Convegno Regionale della Sezione Laziale della F. I. N. F. contro la Tubercolosi.

Istituto Benito Mussolini.

Porta Furba 28-29 marzo 1933.

Il convegno si è inaugurato alla presenza di circa 200 medici tisiologi e di numerosi clinici delle maggiori università italiane tra i quali abbiamo notati i sen. Maragliano e Pestalozza, l'on. prof. Paolucci ed i proff. Alessandri, Busi, Frugoni, Manfredi, Fasiani, Bilancioni, Leotta, De Vecchi, Vercesi, Iemma, Dalla Valle, Spolverini, Ilvento, Redaelli, Mendes, Carpi, Costantini, ecc., nel teatro del Sanatorio di Porta Furba della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali (Istituto Benito Mussolini). Presiede il prof. Frugoni che apre la seduta rivolgendo parole di commosso ricordo alla memoria di Carlo Forlanini.

La prima relazione riguardante il tema: *Sistematizzazione dei vari metodi di terapia chirurgica della tbc. polmonare*, è stata svolta dall'on. prof. Morelli Eugenio.

Premesse alcune nozioni fondamentali di fisiomeccanica polmonare, secondo i concetti di Forlanini, l'illustre O. passa in rassegna tutti i metodi chirurgici già in uso e quelli in istudio per la terapia della tbc. polmonare.

Accenna alla resezione delle aderenze col metodo di Jacobeus, alla frenicoexeresi da lui usata tra i primi, e di cui prende in particolare considerazione il meccanismo d'azione, per soffermarsi più a lungo sul metodo di alcoolizzazione dei nervi intercostali (proposto da lui stesso al Congresso di Padova nel 1926 ed attuato in Italia per primo da Leotta e da altri tisiologi); a proposito di questo ultimo intervento precisa le indicazioni ed illustra i risultati che si possono ottenere.

Allo scopo di ottenere, in certi casi, una completa immobilità dell'emitorace colpito propone anche ai chirurghi il metodo della infibulazione fra le varie coste nel punto corrispondente alle alterazioni polmonari od esteso a tutto l'emitorace.

Passa quindi a parlare dell'apicolisi: ricordando la polemica insorta tra il suo aiuto Omodei Zorini e Mario Redaelli di Milano sulla opportunità di introdurre o meno il piombaggio paraffinico nei casi di caverne isolate dell'apice, confermando che nelle casistiche di Porta Furba si è avuto un buon risultato anche con la semplice apicolisi in malati con lesioni circoscritte, fibro-ulcerose dell'apice a tendenza retrattile.

Presenta pure un caso clinico guarito di una lesione apicale mediante apicolisi ed applicazione extrapleurica di un palloncino d'aria.

Tratta quindi ampiamente tutto il problema della toracoplastica ponendo in luce gli importanti studi di Monaldi che ha ricercato nei soggetti sani e nei portatori di lesioni tubercolari le linee fondamentali di movimenti toraco-polmonari sulle quali propone di agire per interrompere in questo punto il cingolo costale. Dimostra come negli aa. così operati si assista non solo ad una riduzione del movimento normale, ma spesso anche ad un'inversione del movimento stesso analogamente a quanto succede nei movimenti paradossi da paralisi del diaframma (Kimböck toracico).

Propone quindi che a complemento del nuovo atto operatorio si proceda anche sistematicamente a togliere il periostio in modo che i monconi costali rimangano distanziati e si formi sull'emitorace una specie di velario di compensazione (*Toracoplastica elastica*).

Presentazione di casi operati con apicolisi semplice.

A. OMODEI-ZORINI. — L'O. riassume rapidamente la cronistoria dell'apicolisi semplice ricordando che fin dal suo scritto dell'aprile 1932 nel proporre ai chirurghi il metodo operativo, si fosse già posta l'obiezione di una distensione tardiva delle caverne inizialmente collabite, come l'intervento dovesse limitarsi ai casi di lesioni fibro-ulcerose circscritte apicali a spontanea tendenza retrattile ostacolata dalla sinfisi pleurica. In questi casi basta sovente lo scollamento dell'apice per via extrapleurica perchè si ottenga la guarigione per cicatrice. Pensa che il meccanismo d'azione oltre che di natura fisiomeccanica sia anche istopatologica nel senso di una riattivazione dei processi plastici riparativi pleuro-polmonari frequenti ad osservarsi nelle lesioni apicali anche spontaneamente.

Illustra infine i risultati ottenuti su una ventina di casi così operati nell'Istituto B. Mussolini dai proff. Alessandri e M. Ascoli con successo completo, meccanico e clinico, in un terzo dei casi stessi, con miglioramento e riduzione, di caverne in un altro terzo, e con esito nullo nei rimanenti. In nessuno di essi si ebbero diffusioni bronco-pneumoniche o di focolai acinosi che talora si osservano in seguito a piombaggio paraffinico.

Presenta ammalati e radiografie dimostrative.

Prime osservazioni sulla toracoplastica antero-laterale.

V. MONALDI. — Ringrazia il suo Maestro E. Morelli di essersi compiaciuto di porre all'O. d. g. il nuovo metodo. Presenta 14 casi operati nell'Istituto nel settembre 1932 e il marzo 1933. L'atto operativo è costituito da tre interventi: frenicoexeresi e scalenotomia anteriore, resezione delle coste dalla IV all'VIII per tratti di 5-8 cm., seguendo la linea di massima azione statica e dinamica, resezione delle coste III e II, seguendo sempre la predetta linea, e scollamento extrapleurico apico-sottoapicale.

Il decorso della linea operativa e l'ampiezza della resezione costale è stata indicata di volta in volta al chirurgo, sulla stregua di precedenti ricerche tendenti a stabilire le cosidette dominanti che a differenza dello individuo normale possono subìre nei casi patologici delle modificazioni in rapporto alle lesioni e a precedenti interventi.

Fatti alcuni rilievi tecnici passa ad esporre le osservazioni cliniche e funzionali riportando per queste ultime le conclusioni dei suoi collaboratori Torelli per la parte radiologica, Sisti per la grandezza ventilazione e gas respiratori, Stegmayer e Cati per la meccanica respiratoria, Besta per le funzioni cardiocircolatorie. Dopo l'esposizione dei risultati delle ricerche ematologiche e dei rilievi clinici generali (peso, temperatura, espettorato), presenta gli ammalati e di alcuni illustra con proiezioni le modificazioni cliniche, funzionali e radiologiche eseguite all'intervento.

Ne deduce che con tale metodo condotto con criteri rigorosi, oltre ad aversi un minimo trauma operatorio, si possono evitare quasi del tutto complicanze dannose, non si dà luogo a turbe funzionali e quel che più conta si può creare un riposo pressochè completo del polmone e una notevole detenzione omogenea anche nel riposo respiratorio. Il suo meccanismo d'azione ha le stesse basi fisiomeccaniche del pnt. e rappresenta il corollario pratico della dottrina di Morelli sul trauma respiratorio.

Tecnica della toracoplastica antero-laterale.

M. ASCOLI — Premessi alcuni rilievi sulla toracoplastica posteriore passa ad esporre dettagliatamente il comportamento tecnico dei vari tempi del nuovo metodo, soffermandosi particolarmente sull'asportazione del periostio a livello dei tratti di coste resecate e sui metodi di anestesia usati. Per quanto riguarda la linea operatoria, il numero e la estensione delle coste da resecare egli ha seguito in ogni caso direttive impartitegli di volta in volta da Monaldi. Concludendo dice di essere in grado di affermare che il trauma operativo è minimo e non ha avuto a lamentare complicanze di qualche entità.

Alla discussione prendono parte PAOLUCCI, FASIANI, LEOTTA, SIGNORELLI, REDAELLI, ai quali tutti risponde esaurientemente il Relatore.

Alla seconda seduta venne presentata la relazione di Omodei Zorini: *Associazione tra pnx e frenicoexeresi. Nuova indicazione clinica.*

L'O. tratta rapidamente dell'opportunità di associare in determinati casi la frenicoexeresi al pnx quando questo, pur essendo esteso, sia insufficiente ad ottenere il collasso completo di caverne mantenute beanti da aderenze pleuriche. Egli traccia le principali indicazioni cliniche nei casi seguenti:

1) aderenze estese pleuro-diaframmatiche con caverne parailari o basilari;

2) fimbria diaframmatica che mantiene beante una caverna nella stessa sede del caso precedente;

3) pnx in abbandono quando il polmone è ipo-estensibile e si temono riattivazioni di focolai;

4) infine mette in particolare evidenza una indicazione clinica da lui specialmente studiata e non presa in considerazione dagli AA. precedenti e cioè il caso di una caverna apicale con pnx antero-laterale e aderenze contemporanee dell'apice e del diaframma. In queste contingenze il polmone compresso verso il mediastino funge da corda traente che ribatte sulla caverna apicale i movimenti del diaframma; paralizzando questo muscolo, si ottiene, nei casi favorevoli, un forte innalzamento diaframmatico ed una detensione della regione apicale che risente molto meglio l'azione collassante del gas pnx. I malati così trattati nell'Istituto Mussolini sono 42; vengono presentate le radiografie di alcuni casi più dimostrativi.

V. MONALDI e B. BESTA. — *La frenicoexeresi in pnx terapeutico. Meccanismo d'azione dei due interventi associati.*

Segue una comunicazione sullo stesso argomento di S. MORELLI,

Il PRESIDENTE, riassume la discussione e passa ad altre comunicazioni che vengono svolte da: R. VERGESI (Frenicoexeresi in gravidanza); G. CERUTTI (Il domo pleurico e la sua esatta interpreta-

zione radiografica); G. SCORPATI (Sulle tende di Fleischner); R. BORTOLOTTI (Su due casi di guarigione spontanea di carverne tbc.); prof. G. BILANCIONI (Il laringe e le glandole linfatiche mediastiniche). Su quest'ultima comunicazione prendono la parola i proff. SPOLVERINI e COSTANTINI. Ultima la comunicazione di C. SPINEDI, sulle miliari fredde.

Segue la visita al grandioso Istituto Mussolini che si sta costruendo sulla collina di Monteverde per conto della C.N.A.S. e al Sanatorio C. Battisti della C.R.I. dove si svolgono le comunicazioni dei soci I. PETRIN (La frenicoexeresi nell'emottisi); G. DE GIRONIMO (Velocità di sedimentazione delle emazie nei rifornimenti di pnx); O. PENTAGNA (L'onda di reagibilità del fenomeno cutireazione durante la tubercolinoterapia). Dopo brevi parole del prof. MENDES che ricorda le prime tappe della lotta contro la tubercolosi in Italia rivendicando i meriti della C.R.I. e dei pionieri, il presidente, on. prof. Morelli, chiude il convegno rivolgendo a tutti un ringraziamento ed un saluto augurale per nuove conquiste nel campo della tisiologia.

N. B. Le relazioni e le comunicazioni saranno raccolte in un volume a cura della Sezione Laziale della F.I.N.F. per la lotta contro la tubercolosi, volume che sarà inviato a tutti i soci e agli aderenti.

Il Delegato Regionale: A. OMODEI-ZORINI.

Società Lombarda di Medicina.

Seduta del 24 marzo 1933.

Sulla cura dell'ulcera gastrica col benzoato di sodio. Casistica clinica.

A. CECCHINI. — L'O., dopo avere premesso una chiara sintesi delle varie teorie patogenetiche, dell'ulcera gastrica e duodenale, espone la teoria eclettica cioè quella che, tenendo conto di tutte le teorie esposte, propende per la molteplicità delle cause patogenetiche delle ulcerazioni gastro-duodenali. Da questo concetto si risale alla molteplicità delle cure proposte, appunto per l'inefficacia di alcune o di tutte in qualche caso a patogenesi più complessa. Espone quindi la sua casistica, trattata con le iniezioni di benzoato di sodio al 25 %. I lusinghieri risultati ottenuti (11 casi favorevoli su 12 trattati) costituiscono un promettente tentativo; naturalmente bisogna tenere presente che tali risultati vengono in parte infirmati dal decorso eminentemente cronico e clinico dell'ulcera gastrica.

Discussione: CESA-BIANCHI, ETTORRE, BAZZANO, PEPERE, ZOJA.

Contributo clinico allo studio delle encefaliti psicosiche acute non suppurate.

E. MORSELLI. — Il tema delle infezioni acute non suppurative del nevrasse è all'ordine del giorno e ciò per merito della scoperta di Von Economo che ci ha fatto conoscere l'encefalite epidemica. Il differenziamento delle forme encefalitiche non può essere affidato alla sola clinica nè alla sola anatomia patologica. Un compito pertanto rimane: analizzare nel modo più fine e spregiudicato possibile i quadri encefalitici sia dal lato clinico che da quello anatomo-patologico. L'O. descrive infine quattro casi che, per le note cliniche ed i reperti di laboratorio, possono venire aggregati alla classe delle encefaliti dette psicosiche a decorso acuto e senza reperti di tipo suppurativo.

Discussione: PEPERE, ZOJA, CESA-BIANCHI, FORNARIO, CERESOLI.

Sindrome cronica splenopriva e compenso reticolo-istiocitario.

M. CELLINA. — Tratta il caso di un uomo di 33 anni venuto a morte per imponenti ematemesi da rottura di varici dell'esofago, e nel quale 20 anni prima era stata praticata una splenectomia con la diagnosi di forma Bantiana in primo stadio o di splenomegalia tubercolare. L'esame microscopico del fegato dimostrò un'imponente e diffusa iperplasia del sistema reticolo-istiocitario, tale da far pensare ad un compenso verso la funzione della milza asportata. Anche nelle ghiandole linfatiche esisteva lo stesso processo benchè mascherato da fatti di fibrosi molto evidente. Come conclusione si può pensare che nel caso riferito, a distanza di 20 anni dall'ablazione della milza, il compenso funzionale a questa è dato, in via quasi esclusiva dal sistema reticolo-istiocitario del fegato che conferisce al tessuto epatico un aspetto che ricorda quello splenico (dilatazione dei capillari epatici, ecc.), del quale assuma anche le varie funzioni (fagocitaria, emocateretica). Questi risultati confermerebbero anche per l'uomo quelli che sono i risultati ottenuti negli animali splenectomizzati.

Discussione: CESA-BIANCHI, PEPERE, DONATI, ZOJA.

Blocco clinostatico e morte improvvisa.

M. CALABRESI. — Si tratta di un individuo iperteso, glicosurico, arteriosclerotico di 57 anni il quale presentava un importante rallentamento delle pulsazioni passando dalla posizione eretta a quella supina. Dopo un'accurata esposizione dei tracciati elettro-cardiografici, l'O. rileva che ci si trova di fronte ad un disturbo di conduzione a manifestazione quasi esclusivamente clinostatica, comparso spontaneamente ed indipendentemente dall'uso di farmaci in un uomo in età abbastanza avanzata e presentante turbe palesi del ricambio. Si doveva ammettere una lesione anatomica del fascio di conduzione od un disturbo puramente funzionale? Ambedue le ipotesi vengono vagliate e l'O. decide per una sclerosi miocardica di origine arteriosclerotica. Disturbo a prognosi assai grave (l'ammalato è morto poi improvvisamente in istrada).

Discussione: FOÀ, AGOSTONI, ZOJA.

Il Segretario. Dott. R. SCOTTI DOUGLAS.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 23 marzo 1933.

Presidenza: Prof. P. BASTAI.

Dott. A. RONCATO e dott. C. PANA. — *Considerazioni anatomo-cliniche su di un particolare caso di morbo di Addison da atrofia surrenale* (con dimostrazione di preparati).

La eliminazione del rosso neutro e i suoi rapporti con la prova istaminica nella diagnosi delle affezioni gastriche.

M. C. MINERVINI e dott. A. BILLI. — È stata studiata nell'uomo la eliminazione del rosso-neutro iniettato endovena, nei suoi rapporti con la prova istaminica, per la valutazione della funzionalità gastrica. La introduzione endovenosa del rosso-

neutro è perfettamente innocua ed indolore. Non è stato trovato un assoluto rapporto tra tempo di eliminazione e valori di acidità di HCl libero. Generalmente è stato notato un minor tempo di eliminazione nelle forme ulcerative dello stomaco ed una mancanza di eliminazione nei processi neoplastici.

Il batteriofago nella cura delle affezioni acute da stafilococco.

Dott. M. LEVI. — L'O. ha usato il batteriofago con ottimi risultati nel trattamento di 50 casi di suppurazioni acute localizzate (ascessi, flemmoni, antraci, mastiti, adeniti suppurate, ecc.). Avvertenze pratiche per ottenere i migliori successi da tale metodo di cura razionale.

Pneumotorace da sifilide gommosa del polmone.

Dott. F. FERRANTI. — Viene riferito un caso di sifilide del polmone complicata con un pneumotorace spontaneo. L'interesse del caso è rappresentato, oltre che dalle difficoltà diagnostiche finchè non si aggiunga anche il criterio ex juvantibus, sopratutto dalla estrema rarità della complicazione cui la lue polmonare ha dato luogo. Un pneumotorace spontaneo si trova registrato solo due volte nella letteratura come complicanza della lue polmonare, ed era dovuto alla formazione di ascessi secondariamente impiantatisi nel parenchima polmonare. Nel caso riferito, poichè una simile evenienza era da escludere, causa del pneumotorace erano unicamente le lesioni indotte dalla sifilide.

Seduta del 30 marzo e 5-6 aprile 1933.

Prof. A. TERZANI. — *Relazione « Sul Carcinoma dello Stomaco. Patologia e Clinica ».*

I Segretarii: Proff. L. PICCHI e P. NICCOLINI.

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 1° aprile 1933.

Presidente: Prof. F. A. FODERÀ.

Diagnosi e terapia della dacriocistite dei neonati.

Prof. B. ALAJMO. — L'O. richiama l'attenzione dei medici pratici sulla necessità di una esatta e precoce diagnosi della « dacriocistite dei neonati » (impropriamente chiamata spesso dacriocistite congenita), per provvedere presto ad una razionale ed efficace terapia che secondo l'esperienza personale dell'O. deve consistere in massaggio e spremitura biquotidiana della regione lacrimale accoppiata a medicatura del sacco congiuntivale con pomata all'optochina ed argirolo; astenendosi da ogni manovra di sondaggio delle vie lacrimali, difficile non sempre innocua. Tale metodo porta costantemente alla guarigione dell'affezione, ed offre il vantaggio di potere essere alla portata dei medici pratici sotto la cui osservazione cadono spesso molti casi del genere.

Contributo alla conoscenza delle cisti dell'epiglottide.

Prof. P. CARCÒ. — Le cisti dell'epiglottide sono relativamente rare. Ancora più rare quelle con dimensioni più grosse di una ciliegia, specialmente poi se occupano la fossa glosso-epiglottica. Nella grande maggioranza dei casi si tratta di cisti da ritenzione, ma sono stati descritti anche diversi casi di cisti congenite. Il caso descritto dall'O. e studiato sia dal punto di vista clinico che anatomo-patologico, riguarda una cisti da ritenzione a larga base, grossa quanto una piccola noce, della fossa glosso-epiglottica, cisti della quale fu escissa tutta la parete libera, dopo di che venne cauterizzato il residuo. Non si ebbe riproduzione.

Diverticoli vescicali e schisi sacro-lombari.

Prof. F. GRECO. — Comunica tre casi di diverticoli vescicali i quali non presentavano alcun ostacolo periferico al deflusso dell'urina, e d'altro canto non avevano nessuna delle caratteristiche dei diverticoli congeniti. Tutti e tre i soggetti presentavano una rachischisi sacro-lombare.

L'O., basandosi anche su osservazioni di altri, crede che la malformazione vertebrale possa provocare degli spasmi delle vie escretrici agendo come un ostacolo meccanico e aumentando lo sforzo funzionale della vescica.

L'O. emette l'ipotesi che a livello della schisi sacro-lombare possano esistere delle formazioni legamentose cicatriziali che comprimano il cul di sacco durale provocando disturbi funzionali delle vie urinarie escretrici.

Sulla classificazione delle neoplasie epatocellulari con cirrosi.

Dott. F. MUSCATELLO. — L'O. studia due casi di adenomi epatocellulari in fegato cirrotico ed uno di carcinoma scirroso epatocellulare; prende l'occasione di rivedere la sistematica di questi tumori soffermandosi sulla diagnostica differenziale fra gli edemi multipli e i carcinomi in fegato cirrotico.

Contributo allo studio della tubercolosi laringea.

E. GIUFFRIDA. — Dalle sue ricerche l'O. è indotto ad affermare che esiste una tbc. latente del laringe riscontrabile nel 90 % dei casi di laringi macroscopicamente sane di tbc. polmonari. Queste lesioni latenti sono molto frequentemente localizzate in corrispondenza delle sedi linfoidi del laringe. Dalle ricerche dell'O. sembra risultare pertanto come il bacillo tbc. attecchisca più o meno precocemente in quasi tutte le laringi di tbc. polm.: in taluni individui però le lesioni assumono decorso latente e restano lungamente localizzate in corrispondenza delle sedi linfoidi. Sulla base di sue precedenti ricerche e dei reperti osservati, l'O. è indotto ad ammettere che il diverso sviluppo del tessuto linfoide laringeo giuochi un ruolo importante sul decorso e sull'atteggiamento clinico delle lesioni tbc. del laringe.

L'amebiasi in chirurgia.

Dott. G. FINOCCHIARO-AMANTIA. — L'O. dallo studio di alcuni casi clinici di individui affetti d'ulcera gastrica, appendicite e contemporaneamente d'amebiasi intestinale, conclude che essendo possibili tali associazioni nello stesso soggetto, spesso la sintomatologia clinica delle affezioni in parola può indurre ad errori diagnostici, specie nei riguardi tra amebiasi a sindrome gastrica ed ulcera gastrica. Consiglia in tutti i casi sospetti, un esame anche ripetuto delle feci perchè coesistendo l'amebiasi, la cura specifica di essa è di valido aiuto alla cura chirurgica.

A. GORGONE. — *Adenoma di lobo mammario accessorio in soggetto già portatore di carcinoma alla mammella sinistra e di fibromatosi cistica papillare a quella destra.*

Il Segretario: Prof. G. DI MACCO.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 24 febbraio 1933.

Presidente: Prof. A. Ferrata.

Ulteriori ricerche sperimentali sul tracoma.

F. Bordonaro. — L'O. in una nuova serie di ricerche istologiche sulle alterazioni dell'epitelio congiuntivale in casi di tracoma e di blenorrea dei neonati non gonococcica, ed in individui sani, riconferma quanto ha espresso in un suo precedente lavoro, ritenendo che il reperto degli « inclusi » di Halberstaëdter e Provazek non ha significato specifico, ma è da mettersi in rapporto con uno stato irritativo cronico della congiuntiva.

L'O., continuando le ricerche batteriologiche su altri quattro casi di tracoma, opportunamente scelti, è riuscito a coltivare dalla congiuntiva di tre di essi un germe identico a quello che egli stesso aveva potuto isolare precedentemente in casi consimili; di esso e di alcuni ceppi di *bacterium granulosis* avuti dal Lyster Institut di Londra e dall'Istituto Rochfeller di New-York, l'O. con una lunga serie di prove studia le proprietà culturali, biochimiche e sierologiche, e dai risultati ottenuti viene ad affermare l'identità.

Coll'inoculazione del germe nella congiuntiva della scimmia non è riuscito a provocare alcuna lesione.

Dal complesso dei dati raccolti l'O. ritiene di non aver prove sufficienti per esprimere un giudizio sui rapporti causali tra il *bacterium granulosis* ed il tracoma.

La lipemia nelle splenomegalie.

M. Gavazzeni. — L'O., dopo aver riassunto i dati sperimentali, clinici e anatomo-patologici che depongono per un'influenza esercitata dalla milza sul metabolismo dei lipoidi, riporta e discute i risultati delle proprie ricerche sul comportamento della lipemia e relative frazioni in sindromi splenomegaliche di varia origine e natura: in molte di tali forme morbose esiste iperlipemia con modificazioni delle varie frazioni. Dal comportamento di queste di fronte alla contrazione splenica da adrenalina ed a vari altri fattori (grado di anemia, emolisi, condizioni del fegato, ecc.), l'O. è indotto a ritenere che la milza intervenga, con meccanismo ancor sconosciuto, nella regolazione dell'equilibrio lipoideo dell'organismo.

Su alcune applicazioni cliniche della reazione ponfoide da istamina.

Dott. G. Ferrari. — L'O. ha usato in svariati casi la reazione cutanea da istamina per svelare e distinguere le iperbilirubinemie da lesione epatica o da emolisi. Trae alcune deduzioni dalla esecuzione della diazoreazione sul ponfo istaminico e della reazione di Brugsch. Usa la reazione istaminica per osservare la diffusione in circolo dei colori che comunemente vengono adoperati per la misura della massa di sangue.

A. Fieschi e L. Beltrametti. — *Ricerche sul chimismo cardiaco. VII, Ricerche comparative sulla composizione chimica delle varie parti del cuore.*

Il Segretario: Dott. Luigi Bianchi.

R. Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Seduta del 24 febbraio 1933.

Prof. B. Lunghetti, presidente.

Prof. G. A. Chiurco. — *Studi sulla circolazione polmonare col tono-psaliroscopio Salvioli.*

Contributo allo studio della struttura normale e patologica dell'arteria meningea media.

V. Giannelli. — L'O. comunica i primi risultati di ricerche sistematiche che egli ha iniziate nell'Istituto di Anatomia Patologica sulla struttura normale e sulle alterazioni morbose delle arterie della dura meninge e in particolar modo della meningea media.

Come risultati interessanti dal lato normale, accanto a fatti che per ora risultano meno evidenti, l'O. comunica l'esistenza attorno alla parte più bassa della meningea media e attorno alle vene che la fiancheggiano, di una certa quantità di connettivo molto lasso nel quale si vedono molto spesso infiltrazioni di cellule linfocitoidi con qualche polimorfo e qualche eosinofilo.

Dal punto di vista patologico l'O. ha potuto osservare fatti di degenerazione mucinoide della media, spiccati fenomeni d'infiltrazione calcarea di questa tunica reperibili specialmente negli individui di età piuttosto avanzata, infine proliferazione circoscritta dell'intima.

In un caso particolarmente tale proliferazione intimale si presentava assai marcata e con disposizione particolare giacchè l'ispessimento, lungi dal presentarsi come una protrusione del tessuto proliferato verso il lume dell'arteria, si spingeva verso la parete esterna del vaso, quasi facendo ernia nella media.

Dott. A. Rostan. — *Colorazione vitale del sistema nervoso sotto l'influenza di agenti chimici e fisici.*

Rachianestesia alla percaina.

Dott. Mascia. — L'O. illustra i risultati ottenuti nella clinica di Siena sulla rachianestesia alla percaina praticata con la tecnica del Quarella su 72 interventi ginecologici.

Afferma che gl'inconvenienti sono più lievi e meno frequenti di quelli che si verificano con altre sostanze, che il buon esito con la percaina è quasi costante, e che la durata dell'anestesia vien protratta per varie ore.

L'O. fa notare inoltre che per la regolarità dei risultati e per evitare probabili incidenti, è buona regola praticare iniezioni preventive di scopolamina-morfina e di efedrina.

Basi teoriche e prime ricerche per attuare con urina di donna gravida su trapianti ovarici endo-oculari una reazione biologica della gravidanza.

Prof. Spirito. — Basandosi sulle ricerche di Schochet e Mackee e sulle ricerche di Neuman, i quali constatarono che trapianti di frammenti di utero nella camera anteriore dell'occhio del coniglio, mostrano evidenti modificazioni in rapporto al ciclo estrale, l'O. ha pensato di attuare una reazione biologica della gravidanza con urina di donna gravida su trapianti ovarici endo-oculari. Attualmente egli presenta dei conigli già operati da tempo con trapianti endo-oculari, nei quali permane vivo il trapianto stesso. La presente ha semplicemente il valore di una nota preventiva, e di una ipotesi di lavoro, e l'O. si ripromette di fare ulteriori comunicazioni. Il vantaggio del metodo sarebbe quello di avere a disposizione degli animali così operati, nei quali sarebbe possibile praticare una reazione a visione diretta, reazione che potrebbe essere praticata moltissime volte sullo stesso animale, dato lo speciale meccanismo di sua ovulazione.

Il Segretario: Prof. Mazzetti.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Polmonite da aspirazione di grassi.

John W. Pierson (*Journ. Am. Med. Ass.*, 1 ott. 1932) riporta il caso di un bambino ai quale erano state somministrate per molte settimane, gocce di olio a scopo terapeutico.

Dopo qualche tempo vennero riscontrate semeiologicamente vaste aree di ipofonesi, sulle quali si ascoltavano gruppi di rantoli, tanto da far sospettare una polmonite. I risultati dell'esame radiologico mostrarono invece vaste zone di fibrosi e indirizzarono invece verso il sospetto di tubercolosi polmonare. Durante circa 10 mesi questo stato di cose rimase pressochè invariato, finchè una otite media complicata con mastoidite e meningite streptococcica portò a morte il paziente. All'autopsia fu rinvenuto un vasto processo di fibrificazione in ambedue i polmoni, specialmente vasto nel sinistro, ove il processo lasciava scarsa quantità di parenchima normale. Tutto questo tessuto conteneva un materiale grasso che dette le reazioni dell'olio di petrolio. M. TORRIOLI.

L'ascesso polmonare consecutivo alla tonsillectomia.

Z. De Dworzak (*Il Valsalva*, luglio 1932) richiama l'attenzione su questa complicazione che si ha talvolta dopo la tonsillectomia, talvolta erroneamente interpretata come polmonite o congestione polmonare e che sembra recentemente aumentata di frequenza. I sintomi si manifestano generalmente 8-10 giorni dopo l'intervento e forse per questo, spesso, non vengono collegati i due fatti.

Il meccanismo per cui si sviluppa tale accidentalità è rappresentato secondo alcuni dall'aspirazione di materiale infetto, secondo altri da embolismo. In genere, si può ritenere che gli individui con recenti infezioni tonsillari o con forme acute delle vie respiratorie siano poco adatti per superare felicemente la tonsillectomia. Ma si è veduto svilupparsi l'ascesso polmonare anche in individui in eccellenti condizioni generali, malgrado le precauzioni prese, la diligenza dell'esame preventivo e l'accurata assistenza postoperatoria.

Si tenga presente, ad ogni modo, che la tonsillectomia deve essere rimandata in ogni caso di malattia acuta o subacuta delle vie respiratorie; per prevenire l'assorbimento del materiale settico, sono necessarie: preparazione del malato all'operazione, celerità dell'intervento, aspirazione del sangue e delle secrezioni, minimo di anestesia. L'ascesso polmonare è meno frequente quando la tonsillectomia è praticata in anestesia locale, che in genere non indebolisce il riflesso della tosse.

L'ascesso polmonare è sempre un'affezione grave, con prognosi riservata (mortalità 20-50 per cento), per cui tale complicazione della tonsillectomia, per quanto rara, va con ogni cura evitata. La mortalità potrebbe diminuire se l'esame radiologico ed il trattamento broncoscopico venissero attuati alla comparsa dei primi sintomi. *fil.*

Pneumotorace spontaneo bilaterale recidivante.

Trattandosi di malattia rara è interessante il caso descritto dal Durez (*Le Scalpel*, n. 23, 85° anno). Un trentacinquenne si porta a consultare il medico perchè insidiosamente è stato colpito da oppressione, da una diecina di giorni, di dispnea, senza dolore alcuno. Non tosse, non espettora, non ha febbre, nè sembra che abbia fatto alcuno sforzo. Obiettivamente timpanismo all'emitorace destro con silenzio respiratorio. Radiograficamente pneumotorace spontaneo destro, completo. Dopo quindici giorni comparsa di liquido che ricopre la cupola diaframmatica: non febbre. Dopo sette settimane il polmone si è riespanso normalmente. L'esame clinico dopo la scomparsa dell'idropneumotorace non fa notare anomalie respiratorie nei due campi polmonari e la radiografia mostra un polmone perfetto. Negativa costantemente la ricerca del bacillo di Koch e le reazioni all'antigene tubercolare di Besredka.

A distanza di due anni, identica sintomatologia però a sinistra, ed alla radiografia si constata un pneumotorace sinistro completo. Riassorbimento in quattro settimane senza formazione di liquido.

Dopo sei mesi, nuovo pneumotorace spontaneo a destra, con riassorbimento in sei settimane, senza formazione di liquido. Dopo altri nove mesi, nuovo pneumotorace spontaneo a sinistra con riassorbimento in quattro settimane.

Tre mesi dopo, nuovo pneumotorace spontaneo a destra, riassorbito in sette settimane, con formazione, nella terza settimana, di liquido nel fondo pleurico.

In tre anni e mezzo dunque, questo paziente ha avuto a cinque riprese un pneumotorace spontaneo, alternativamente a destra ed a sinistra. Non si tratta di pneumotorace da sforzo in un malato che d'altra parte esercita una professione sedentaria (è impiegato), nè si può stabilire un rapporto con uno sforzo psichico; nè si è mostrata mai alcuna immagine polmonare patologica. Ciascun caso di pneumotorace spontaneo, pone sempre il problema della patogenesi di una così curiosa affezione, ma in questo caso non può non pensarsi ad una malformazione anatomica dei polmoni.

MONTELEONE.

I denti dei tubercolotici.

Da Robin in poi si assicura che la tubercolosi evolutiva si associa a demineralizzazione e,

dopo Ferrier, si aggiunge che i tubercolosi hanno dei denti cattivi, perchè sono dei decalcificati; nessuno, fino a questi ultimi anni, osava discutere tali proposizioni, perchè esse sembravano dover essere vere.

Così Andrea Breton (*Gaz. d. Hôp.*, 7 gennaio 1933) inizia una sua brillante rivista generale sull'argomento, e dopo una rapida rassegna bibliografica, passa a dirci i risultati di una inchiesta da lui personalmente condotta, per stabilire i rapporti intercorrenti tra tubercolosi e dentatura.

In breve: i tisiologi si rifiutano, quasi concordemente di accettare come reali le relazioni descritte da Ferrier, tra tubercolosi, decalcificazioni dell'organismo e carie dentale. Trent'anni fa, nessuno dubitava della frequenza eccezionalmente grande della carie nei tubercolosi, oggi pochi ammettono che la carie, di cui può soffrire anche un ammalato di tubercolosi, abbia qualche relazione con l'infezione tubercolare. La tubercolosi tutt'al più favorisce, come qualsiasi altra malattia cronica cachettizzante, l'insorgere della carie, abbassando il tono vitale e la resistenza organica di tutto l'organismo. Questo soltanto, secondo l'A., potrebbe ritenersi sicuramente e definitivamente provato. M. COPPO.

L'epistassi come malattia.

Secondo F. Bolot (rif. in *Journ. des praticiens*, 7 gennaio 1933) l'epistassi non proviene che nel 5 % dei casi dai turbinati; essa è prodotta nella macchia vascolare nell'85 % dei casi, nel 5 % sul pavimento delle fosse nasali e nell'altro 5 % alla parte posteriore del setto.

L'epistassi si manifesta con la stessa frequenza nell'uomo che nella donna, occasionata, in un caso da disturbi epatici, nell'altro da disturbi cardio-vascolari. È più frequente prima dei 25 anni e dopo i 40. La si riscontra sopratutto negli alcoolisti (60 % dei casi) come anche in certe diatesi (artritismo) che vi predispongono; tale predisposizione può essere ereditaria o consecutiva a tare acquisite.

L'epistassi grave non è un semplice sintoma, ma è una vera malattia, un'entità morbosa che si innesta sopra un'affezione causale ed evolve ciclicamente per proprio conto, con una sintomatologia e delle particolarità rilevabili all'esame di laboratorio. La sindrome emorragica dell'epistassi avrebbe molte connessioni con la sindrome emogenica e la diatesi artritica.

L'epistassi è spesso scatenata da un'affezione generale causale che provoca disturbi neuroumorali e particolarmente dalla deficienza epatica, di cui una delle manifestazioni principali è il disturbo della crasi sanguigna. Ma intervengono — ed importanti — dei fenomeni cardio-vascolari associati spesso a disturbi neuroumorali e sanguigni.

Quindi, trattamento locale, ma allo stesso tempo, ricercare le cause e fare, di conseguenza, il trattamento generale. *fil.*

TERAPIA.

Trattamento delle setticemie con le iniezioni endovenose di alcool.

I buoni risultati ottenuti con l'impiego terapeutico dell'alcool per via endovenosa nei casi di suppurazione bronco-polmonare, hanno indotto a studiare l'effetto dell'alcool nel trattamento delle setticemie.

Secondo M. Hamburger e Guérin (*Presse Med.*, 8 marzo 1933) le iniezioni endovenose di alcool sono indicate solo nelle forme severe di infezione generale e quando tutte le abituali cure sono rimaste senza risultato. La tecnica è semplice. La diluizione abitualmente scelta è del 33 %; la quantità è variabile e oscilla da alcuni centimetri cubi a 200 cc. Per evitare la coagulazione del sangue nella siringa, bisogna guardarsi dall'aspirare. In ogni modo, è buona pratica paraffinare prima l'ago e la siringa. È necessario iniettare lentamente. Subito il malato accusa un dolore lungo la vena, e spesso localizza questa sensazione verso la spalla; il dolore però, per penoso che sia, scompare dopo qualche istante. Le altre manifestazioni (rossore della faccia, sudori, euforia, talora anche sonno), compaiono solo se si inietta una dose massiva di alcool.

Gli accidenti sono di due ordini: il dolore e la trombosi. Si è già detto del dolore immediato, ma esso può persistere, essere tardivo e durare uno o due giorni. La trombosi non provoca alcun inconveniente, eccetto l'impossibilità di servirsi ulteriormente per le iniezioni della vena malata.

È di buona regola applicare questa medicazione al momento del brivido. I due elementi di controllo che permettono di seguirne il risultato sono: la febbre che, in generale, cade in lisi, e l'emocultura, che diviene negativa.

Si possono immaginare numerose ipotesi per spiegare le proprietà favorevoli dell'alcool: potere battericida, potere di esaltazione dei mezzi difensivi dell'organismo, affinità dell'alcool per i tessuti. Gli AA. segnalano la proprietà linfagoga dell'alcool come un elemento che non può essere estraneo alla sua azione favorevole nella lotta contro le setticemie.

L'alcool merita, in conclusione, un posto di primo piano per combattere una setticemia grave, qualunque sia il germe isolato, purchè sia usato in tempo, prima però della comparsa dei segni di grave *deficit* organico.

C. TOSCANO.

La terapia jodica del raffreddore.

L. Haymann (*Münch. med. Wochens.*, 19 agosto 1932) ha ottenuto sui primi tempi che ha applicato tale terapia dei buoni risultati: il 25 % dei pazienti reagiva abbastanza bene, il

30 % così così, il 45 % per nulla. La soluzione usata è stata la seguente: jodio puro cg. 10; joduro di potassio g. 1; acqua dist. g. 10.

Con l'andar del tempo, però, l'ottimismo si è piuttosto limitato, facendosi strada il concetto che vi sono individui a cui lo jodio fa bene, mentre agisce poco o punto in altri. Anche l'uso profilattico di questa soluzione jodo-jodurata ai primi accenni del raffreddore in persone che vi vanno particolarmente soggette viene vantata molto da taluni, ma è difficile il dimostrare che, in mancanza di tale terapia il raffreddore non si sarebbe sviluppato.

Analoghe osservazioni possono farsi per la faringite. Di fronte alle osservazioni di Fink che ogni angina follicolare e lacunare viene guarita in 2-3 giorni con questa terapia, che eviterebbe anche ogni complicazione, l'A. rimane scettico. Un effetto di tal genere sarebbe troppo bello se fosse reale. *fil.*

Gli effetti della cura antiparassitaria nell'acne rosacea.

Per quanto sia stata ormai da vari anni dimostrata la presenza costante di numerosi Demodex folliculorum nelle pustole di acne rosacea, molti autori continuano ancora a negare che a detti parassiti sia dovuta questa forma morbosa, affermando che il Demodex è un ospite abituale della pelle, anche quando la pelle stessa non è affetta da alcun processo morboso.

S. Ayres e N. P. Anderson (*Journal Am. Med. Assoc.*, 4 marzo 1933), riassumono le loro osservazioni cliniche su 77 casi di acne rosacea.

In tutti questi pazienti le pustole hanno costantemente dimostrato la presenza di numerosissimi Demodex.

Sottoposti questi malati alle cure con le comuni pomate antiparassitarie (pomata antiscabbica, unguento danese), e abituatili all'uso generoso del sapone (l'acne rosacea si manifesta di preferenza nel sesso femminile che usa poco il sapone per tema di rovinarsi la pelle) si è visto un rapido e costante miglioramento della sintomatologia morbosa, e una contemporanea notevolissima diminuzione dei Demodex.

Per questi fatti gli autori si ritengono autorizzati nel sostenere la natura parassitaria della malattia. M. PONS.

Sulla roentgenterapia della meningite tubercolare.

Se ne occupa A. Moggi (*Riv. di Clin. Pediatrica*, febbraio 1933). Z. v. Bokay, partendo dal principio che nella meningite tubercolare non è tanto la malattia tubercolare generale, quanto la lesione endocranica (infiammazione e aumento di pressione) che porta a morte l'ammalato, ha proposto l'applicazione della roentgenterapia profonda, intervenendo precocemente e con dosi molto forti: in media 162 Kw., 4 MA., con filtri di 0,25 di zinco e di 2-3 mm. di alluminio, 150-200 R., con 34 cm. di distanza focale.

Egli riporta 5 casi di M. T. clinicamente e batteriologicamente accertati e trattati in tal modo. Le applicazioni venivano fatte a giorni alterni o successivi, con campo di irradiazione all'occipite, alla nuca e alle regioni parietali; le applicazioni sono state da tre a cinque per ogni caso. In tutti e cinque i casi egli ho ottenuto la guarigione in un tempo oscillante fra 13 e 30 giorni dall'inizio della malattia.

L'A. ha esperimentato il metodo di Bokay in 3 casi, con risultato negativo. Le applicazioni, non solo non hanno portato alla guarigione, ma non hanno dato il minimo effetto anche transitorio, non il minimo rallentamento nel decorso fatale della malattia; anzi in un caso si ebbe l'impressione che il decorso venisse accelerato. C. TOSCANO.

Morruato di sodio nella cura delle vene varicose.

La prima introduzione a scopo trombosante di sostanze chimiche nei vasi sanguigni fu fatta dal Pravaz nel 1851 colle iniezioni di cloruro di ferro negli aneurismi. Più recentemente numerose sostanze furono introdotte nelle vene per curare le varici.

Il morruato di sodio, che fu usato per la prima volta nel 1930 alla clinica Mayo, presenta, secondo F. L. Smith (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 10 dicembre 1932) notevoli vantaggi sulle soluzioni di chinino e di destrosio. La soluzione da adoperare va dal 3 al 5 %, in quantità da 2-6 cc. per iniezione (eccezionalmente si può adoperare una soluzione ai 10 %). L'A. ha fatto più di 4000 iniezioni e soltanto in 3 casi ebbe modica reazione locale, per cui egli consiglia questa soluzione come la migliore. R. LUSENA.

Effetti dell'acido acetilsalicilico.

Aspirina e acido acetilsalicilico. — Mentre l'aspirina è acido acetilsalicilico, non tutto l'acido acetilsalicilico può essere designato come aspirina, nome-marchio depositato ed appartenente alla Casa Bayer. Quindi il nome di aspirina, da noi usato nell'indice per materie del fasc. 9 allo scopo di rendere più facilmente comprensibile e più rapida la designazione, va corretto, come ci è stato fatto rilevare. Ciò sarà gradito alla Compagnia Farmaceutica Co-fa S. A., Concessionaria della Bayer, mentre restiamo lusingati per la cura scrupolosa con cui il nostro giornale viene letto, anche nell'indice.

SEMEIOTICA.

Un nuovo metodo per la determinazione del tempo di coagulazione del sangue.

Se ne occupa Gollnow (*Zbl. inn. Med.*, 14 gennaio 1933). La determinazione del tempo di coagulazione del sangue ha notevole importanza tra le varie ricerche cliniche, e molti sono i metodi che si usano a tale scopo, tutti però passibili di critiche numerose, specialmente per quel

che riguarda la diversità delle condizioni in cui viene a trovarsi il sangue rispetto alle condizioni fisiologiche, e soprattutto per la grande parte che è lasciata quasi sempre al fattore soggettivo di apprezzamento. Tali inconvenienti cerca in parte di eliminare un metodo proposto ormai da tempo da Jegorow e sul quale si basa un piccolo apparecchio posto assai di recente in commercio. Tale apparecchio permette di eseguire la determinazione alla temperatura del corpo dell'individuo in esame; l'inizio della coagulazione è reso assai evidente con un semplice artificio di tecnica e la determinazione della fine della coagulazione è del tutto indipendente dall'apprezzamento dello sperimentatore, avendosi essa nel momento in cui la colonna di sangue è resa tanto solida da resistere senza deformarsi ad una pressione gassosa determinata e costante.

Per mezzo di tale apparecchio una minima quantità di sangue è sufficiente per l'esame

PUDDU.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla natura della malattia di Raynaud.

R. Leriche e R. Fontaine (*La Presse Méd.*, n. 102, 932) ritornano sull'argomento; è una gangrena angiospastica puramente vasomotrice od è espressione di una arterite?

Gli AA. ricordano come mentre il Raynaud le aveva dato un'origine vasomotrice, Autori recenti la fanno secondaria ad una arteriolite periferica obliterante, e ciò in base alle alterazioni vascolari riscontrate su materiale d'amputazione. Per loro questi referti non hanno valore essendosi avuti su materiale molto avariato ed in gangrena avanzata; lo studio oscillometrico di vari casi li dichiara fautori dell'antica teoria della neurosi vasocostrittiva, e della innervazione periferica autonoma dei vasi. La vasocostrizione riflessa al caldo ed al freddo si produce normalmente anche dopo sezione del midollo, o dei nervi spinali o dei nervi simpatici, spiegando perchè gli operati per morbo di R. anche dopo estese simpaticectomie, restano sensibili all'azione del freddo. Ritengono quindi che nel R. la neurosi ha sede periferica, arteriolare, come indica la capillaroscopia, e quindi le operazioni sul simpatico gangliare e periarterioso possono migliorare ma non guarire la sindrome.

R. GRASSO.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. G. Presenti, da Vicopisano:

Il Congresso medico-pedagogico di Milano (1930) è stato tenuto sotto gli auspici dell'Ufficio di Igiene di quella città. Provi a rivolgersi al prof. C. A. Ragazzi, Capo di quell'Ufficio, od al prof. Albertini, che vi è Capo del servizio medico-scolastico.

fil.

VARIA.

Le facoltà umane sconosciute.

Il « Comité de la Ligue de l'enseignement » ha tenuto a Tours, il 22 dicembre, una seduta nella quale il dott. Jacques Métadier fece una conferenza sul tema: « Le facoltà umane sconosciute ». Egli ricordò le osservazioni sul cosidetto magnetismo animale, sulla telepatia, sulla rabdomanzia.

Siamo di fronte a fatti che autorizzano la domanda: esistono nell'uomo delle facoltà sconosciute o meglio poco conosciute e disciplinabili?

Conviene fare delle ricerche al riguardo, poichè dobbiamo presumere che il campo dello sconosciuto in tutti i rami dello scibile è ancora immenso. Difatti le scoperte si sono susseguite con ritmo accelerato e se ne compiono incessantemente.

L'oratore ha rilevato che alcune scoperte recenti sarebbero state imprevedibili e, anzi, sarebbero parse del tutto assurde a scienziati di un secolo scorso e anche più prossimi a noi. — Così la radio; così i raggi X.

È dunque possibile che si riesca a scoprire anche nuove facoltà psichiche ed a dominarle.

(« Ann. d'Ig. », allegato al n. 3, marzo 1933).

Alluminio e salute.

Su questo argomento è richiamata l'attenzione in un articolo editoriale in *The Brit. Med. Journ.* del 18 marzo 1933. L'Istituto Mellon per ricerche industriali ha dedicato un numero del suo bollettino a questa questione trattando dell'azione degli alimenti, del materiale biologico e delle sostanze chimiche sull'alluminio, degli aspetti fisiologici e farmacologici e dei problemi medici inerenti all'uso di utensili in alluminio.

Per quanto riguarda il contenuto di alluminio nei vegetali e nelle frutta, da ricerche di Winter e Bird e di Bertrand e Levy risulta che le carote contengono 22 parti per milione di alluminio. L'alluminio è certamente contenuto in tutte le verdure comuni.

L'alluminio, per quello che riguarda la tossicità, è certamente innocuo come il ferro.

R. LUSENA.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

A. SEGA. La velocità di sedimentazione dei globuli rossi prima e dopo il salasso in vari stati morbosi ed in rapporto ad alcune condizioni fisicochimiche del sangue. — Bull. Scienze Mediche, Bologna, 1932.

C. ORTALI. L'eunucoidismo. — Tip. Failli, Roma, 1932.

V. PETTINARI. El tratamento quirurgico del cancer dél recto. — Tip. Uriate, Saragoza, 1932.

R. e A. VACCAREZZA. Parasitologia clinica del paludismo pernicioso. — Buenos Aires, 1932.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE

IV. - I verbali delle commissioni giudicatrici dei concorsi.

Generalmente la validità del risultato di un concorso dipende.. dalla formazione dei verbali e dalla relazione conclusiva. Essendo ammesso soltanto il controllo di legittimità, per violazione di legge ed eccesso di potere, e non essendo certamente possibile un giudizio di revisione in sede giurisdizionale, ha molta importanza la forma.

Purtroppo gli annullamenti sono frequenti, per vizio del procedimento. Esamineremo compiutamente questo delicatissimo e difficile argomento, che è stato oggetto di acute osservazioni da altro punto di vista, in questo periodico.

Vogliamo ora segnalare alcune regole, risultanti dalla giurisprudenza del Consiglio di Stato.

a) La Commissione può invitare i concorrenti a regolarizzare atti, insufficienti per il bollo o non legalizzati.

b) Qualora sia richiesto un determinato documento per accertare una condizione, un requisito al fine dell'ammissione, il concorrente non può essere escluso se, pur non essendo stato esibito il documento formale prescritto, la condizione o il requisito risulti da atti equivalenti; è necessaria, insomma, la prova di un fatto, di un titolo, di uno stato, ma non è indispensabile che il mezzo di prova sia soltanto quello indicato nell'avviso del concorso. Purchè, si intende, la diversa dimostrazione formale assicuri con equivalente certezza. Così, per es., nel caso della iscrizione nell'albo, del titolo professionale, della cittadinanza italiana ecc.

c) Le Commissioni, prima di procedere all'esame dei titoli, devono stabilire, in ogni caso, *criterî direttivi* della valutazione, dividendo i titoli in categorie e attribuendo, preferibilmente, a ciascuna di esse un valore astratto mediante indici numerici. Devono poi elencare tutti i titoli per valutarli, raggruppandoli, in rapporto alle categorie corrispondenti.

d) L'apprezzamento di ciascun gruppo deve essere espresso con voti. La distinzione dei titoli, la formazione delle categorie e la distribuzione astratta dei voti, deve essere fatta con criterio prudente, in relazione allo scopo del concorso, ed evitando sproporzioni. Conviene considerare poche categorie: due, tre al massimo. Generalmente: titoli di carriera e attività professionale; titoli di studio.

e) Accertato il valore, come è possibile in questa delicatissima funzione, la Commissione forma la c. d. graduatoria di merito. A parità di condizioni, esamina i titoli di benemerenza militare, demografica ecc., cioè le cause di preferenza e modifica la graduatoria di merito, indicando il motivo.

f) Fa, infine, una relazione riassuntiva del procedimento e del giudizio, la quale completa i singoli verbali. Questi sono in ogni caso necessari e devono riprodurre gli atti compiuti.

È forma, è vero: ma è qualche cosa.

Un riordinamento è necessario; esporremo, in altra occasione, il risultato delle nostre esperienze, le quali, pur controllate da un osservatorio giuridico, non sono trascurabili. Attraverso tanti verbali, esaminati in questi ultimi anni, abbiamo visto che il procedimento dei concorsi si svolge con eccessiva libertà di forme e di criteri e praticamente è mezzo non idoneo allo scopo. La nomina diretta espone almeno la responsabilità dell'amministratore! Il concorso è certamente il mezzo migliore di selezione, purchè sia però ben condotto e, almeno, ben regolato. Se no, serve soltanto ad annullare la responsabilità della scelta.

RISPOSTE A QUESITI PER QUESTIONI DI MASSIMA.

27° *Dottor A. L.* — La indennità per mezzi di trasporto è attribuita dal Comune in rapporto agli obblighi normali della condotta, cioè alla assistenza gratuita ai poveri, salva diversa disposizione del capitolato.

Il medico condotto è tenuto a prestare assistenza agli abbienti per corrispettivi risultati dalle speciali tabelle approvate dal Prefetto, sentito il Consiglio Provinciale Sanitario. Egli deve, quindi, attenersi alle tariffe per la cura agli abbienti. La riduzione del 12 % è stata stabilita in rapporto allo stipendio e, quindi, non è applicabile ai compensi dovuti dagli abbienti in base alle tariffe già approvate dal Prefetto, in quanto non siano state modificate.

28° *Dottor G. B. S.* — Il corrispettivo di L. 5 per ogni povero compreso nell'elenco oltre un certo limite, è parte dello stipendio, e, quindi, è soggetto, come questo, alla riduzione del 12 %.

Non vi è disposizione di legge che, indipendentemente dallo elenco dei poveri, obblighi il medico condotto a prestare assistenza gratuita ai figli illegittimi. Se poveri, devono essere compresi nell'elenco e quindi devono essere considerati agli effetti del trattamento economico proporzionato al numero delle persone aventi diritto all'assistenza gratuita.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuite.**

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Il regolamento sulle assicurazioni per le malattie professionali.

Come abbiamo annunziato, presso il Ministero delle Corporazioni si è riunita la Corporazione dell'industria, presieduta da S. E. Biagi.

Tra gli argomenti posti all'ordine del giorno e di cui la Corporazione ha iniziato l'esame, è il regolamento per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali.

I principii fissati in materia dal decreto la cui attuazione prevederà il regolamento in discussione, sono a grandi linee i seguenti:

La nuova assicurazione, secondo il sistema da essa adottato, si fonda sulle stesse basi giuridiche di quelle per gli infortuni sul lavoro e ha riguardo, nel limite del campo di applicazione di questa, a determinate lavorazioni indicate in un'apposita tabella in rapporto ad alcune malattie di cui possono essere causa.

Questa parte sarà trattata e disciplinata nei primi due articoli del decreto.

Il decreto dovrebbe constare di 22 articoli, alla loro volta completati da una tabella dove sono tassativamente indicate le malattie indennizzabili (causate da varii tipi di intossicazione). Lo spirito del regolamento è di prendere in considerazione i rischi professionali solo per le elencate lavorazioni e quando corcorrano le condizioni per l'assicurazione infortuni. Il rischio si vuole sia risarcito con prestazioni il cui onere viene sostenuto dai datori di lavoro mediante un aumento del premio o contributo per l'assicurazione infortuni.

Per la disciplina dell'assicurazione si fa generalmente riferimento alla legge T. U. 31 gennaio 1904 sugli infortuni, adottando, però, alcune modifiche in relazione alle particolari esigenze inerenti al funzionamento dell'assicurazione stessa e alla opportunità di accogliere per quanto è possibile alcuni principii affermatisi universalmente nel campo delle assicurazioni sociali.

Tra questi sono compresi i periodi di carenza. Per l'indennità e inabilità temporanea, il periodo viene elevato a 10 giorni, mentre il minimo di inabilità permanente indennizzabile è portato dal 5 al 20 per cento. Inoltre si sancisce l'esclusione di ogni possibilità di pagamento delle indennità in capitali in caso di inabilità permanente parziale non inferiore al 50 per cento; si ammette il riconoscimento del diritto alla indennità in caso di ricaduta o quando la malattia si verifichi entro un determinato tempo dalla cessazione del lavoro e si fissa l'obbligo per l'operaio ammalato di sottostare alle cure; si stabilisce la decorrenza, dalla manifestazione della malattia, del termine di un anno per la prescrizione dell'azione per conseguire l'indennità.

Il regolamento provvede a normalizzare l'istituto della revisione e si indicano le formalità per la stipulazione dell'assicurazione e per le denunzie necessarie da parte dei datori di lavoro. Esso infine afferma il principio dell'esclusione dall'assicurazione delle malattie manifestatesi prima della sua entrata in vigore o nei sei mesi successivi.

Il regolamento vuole delimitare sia per quanto riguarda le persone, sia per quanto concerne le malattie indennizzabili, il campo di applicazione. Nei riguardi delle malattie indennizzabili non si vuol lasciare nei singoli casi al giudizio delle parti la loro determinazione; perciò di fronte alla formulazione generica adottata dalle tabelle allegate al R. D. istitutivo dell'assicurazione, con la frase « intossicazione (da piombo, mercurio, fosforo, bianco, ecc.) con le conseguenze dirette di tale intossicazione » si sono precisate in un'altra tabella annessa al regolamento, le forme cliniche che si riconoscono ufficialmente come risarcibili.

La invalidità presumeva la malattia precedentemente indennizzata. La questione del maggior tempo clinico per diagnosticare la malattia professionale ed i relativi accertamenti, sono trattati dal regolamento. Inoltre il regolamento risolve il problema del carico fra gli Istituti assicuratori degli oneri derivanti dal pagamento delle indennità; precisa che l'obbligo della cura cui è tenuto l'operaio, comprende pure l'obbligo di sottoporsi alla visita di controllo e prevede l'approvazione da parte del Ministero delle Corporazioni delle particolari condizioni del contratto di assicurazioni per le malattie professionali e delle tariffe dei contributi relativi.

Fissa, poi, le modalità per la denuncia prevista dall'art. 12 del R. D., delle lavorazioni soggette all'obbligo dell'assicurazione e prescrive l'obbligo per i datori di lavoro con maestranze occupate in parte nelle lavorazioni soggette ad assicurazioni di annotare per tutti gli operai la lavorazione cui sono soggetti.

Con disposizione speciale esso prevede, in relazione al bisogno che si avrà di periti particolarmente competenti in caso di controversie giudiziali, la formazione presso le Corti d'Appello di uno speciale elenco di medici specialisti in medicina del lavoro e dell'obbligo di nominare fra questi medici, i periti stessi. Da tale elenco debbono, inoltre, essere scelti gli arbitri, amichevoli compositori.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Brindisi. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami. Posti di Ufficiale Sanitario di Fasano, Mesagne e Oria. Stipendio rispettivamente L. 7000, L. 5000, L. 5000 al lordo delle ritenute e riduzioni di legge, con 5 aumenti quadriennali del decimo. Nessuna limitazione dell'esercizio professionale. Limite di età anni 45, salvo quanto è disposto dall'art. 8 del R. D. 29-11-1925, n. 2266. Documenti di rito e titoli alla R. Prefettura di Brindisi non più tardi del 30 giugno 1933 (XI).

Brugherio (*Milano*). — Scad. 30 mag.; 2ª cond.; L. 9000 oltre L. 3080 automob.; età lim. 45 a.

Brusson (*Aosta*). — Scad. 30 giu.; consorzio; L. 8800 e 10 bienni ventes., oltre L. 3080 trasp., L. 704 uff. san.; da ridurre del 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Busca (*Cuneo*). — Scad. 15 mag., ore 18; L. 8000 soggette a riduz. 12 %.

Camporgiano (*Lucca*). — Scadenza 31 maggio; L. 9000 e 5 quinquenni dec., oltre L. 2000 trasp., L. 700 se uff. san., L. 1900 quota mobile se coniugato, L. 200 carceri mandamentali.

CASEI GEROLA (*Pavia*). — Scad. 16 mag., L. 11.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 300 ambulat; età lim. 40 a.

COMO. *Ospedale Psichiatrico.* — Scad. 15 mag.; medico primario e medico di sezione; rispettiv. L. 12,000 e L. 11,000, oltre L. 1500 e L. 1200 serv. att.; c.-v.; ritenute di legge. Titoli ed esami.

FASANO. — (Vedi BRINDISI).

FORMAZZA (*Novara*). — Per titoli. Concorso al posto per la condotta medica del Comune di Formazza. Essa ha la superfice di Kmq. 15 tutto in montagna. La popolazione è di abitanti N. 659. Scadenza 31 maggio 1933. Stipendio per servizio del medico condotto L. 10.000, più L. 5 per ogni povero ammesso alla cura gratuita in più di trenta. I poveri inscritti nell'elenco attuale sono N. 20. Indennità di alloggio L. 1.500. Indennità di trasporto L. 3.500. Indennità di ambulatorio L. 150. Indennità caro-viveri di Legge N. 338. Lo stipendio e le indennità vanno soggetti alla ritenuta del 12 % a norma di legge. Le domande in bollo da L. 3 devono essere corredate dai seguenti documenti, stesi su competente carta da bollo e debitamente legalizzati: 1) ricevuta del pagamento della tassa di concorso di L. 50,05; 2) certificato di nascita; 3) certificato di cittadinanza italiana; 4) certificato penale; 5) certificato di buona condotta; 6) certificato medico di sana e robusta costituzione; 7) certificato di stato di famiglia; 8) diploma di laurea in medicina e chirurgia in originale o in copia notarile; 9) tutti gli altri documenti e titoli d'interesse del concorrente e fra di essi quelli comprovanti il servizio militare prestato. I documenti di cui ai N. 4, 5 e 6 saranno di data non anteriore a tre mesi dalla data del presente avviso (1° maggio 1933). Il medico nominato dovrà assumere servizio entro un mese dalla nomina.

FRANCOLISE (*Napoli*). — Scad. 20 giu.; L. 9500 e 4 quadrienni dec., oltre indenn. cavalc.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

GIUMARRA. — (Vedi RAMACCA).

LECCO (*Como*). — Al 31 mag., ore 18, 5ª condotta; titoli ed esami; L. 9000 oltre L. 3000 trasp., addizionale L. 2,50 ogni povero in più di 1400; riduzioni e trattenute di legge; età lim. 35 a.; 2 anni di laurea, 1 anno di assistentato effettivo in clin. med. oppure 2 in ospedale; doc. a 3 mesi dal 10 apr.

MACERATA. *Congregazione di Carità.* — È disponibile, nell'Ospedale civico di Macerata, amministrato dalla Congregazione di Carità, il posto di assistente medico chirurgico provvisorio. Limite di età anni 30. Per chiarimenti gli interessati potranno rivolgersi alla Congregazione di Carità.

MESAGNE. — (Vedi BRINDISI).

ORIA. — (Vedi BRINDISI).

PAVIA DI UDINE. — Scad. 15 lug.; L. 8000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 500 serv. att., L. 3000 cavallo o automob.; c.-v.; riduz. 12 %. Chiedere bando.

RAMACCA (*Catania*). — Per titoli. Posto per la condotta medica della frazione Giumarra. Il termine di scadenza del concorso stabilito pel 31 marzo è stato, con bando del 24 aprile, prorogato di novanta giorni. Stipendio annuo iniziale di L. 10.000 a lordo delle ritenute di legge aumentabile di un decimo per ogni quinquennio e per quattro quinquenni, oltre indennità di cavalcatura in L. 1500 annue pure al lordo. La domanda in carta bollata di L. 3, insieme ai prescritti documenti il cui elenco e modalità potranno desumersi dal nuovo bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale di Ramacca, dovranno pervenire alla Segreteria predetta non oltre le ore diciotto del 24 luglio 1933.

RIETI. *R. Prefettura.* — È aperto il concorso, per titoli ed esami, al posto di Ufficiale Sanitario del Comune di Rieti. Scadenza ore 12 del 16 giugno 1933. Tutte le condizioni sono pubblicate per esteso nel precedente N. 18.

ROVIGO. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 30 giu.; direttore del Consorzio e del Dispensario Prov.; L. 20.000 oltre L. 1500 indenn. carica; età lim. 45 a.; titoli ed esami; divieto libero eserc. fatta eccezione della consulenza specifica in luogo.

SPEZZANO (*Albanese*). — Scad. 45 giorni dal 10 aprile; L. 6500 lorde 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi.

TRAPANI. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Per titoli ed esami. Concorso al posto di Direttore Tecnico-Sanitario del Consorzio, Direttore del Dispensario Provinciale. Stipendio annuo lire 16.000, oltre una indennità di servizio attivo in L. 5500 e la indennità di carica in L. 4000. Lo stipendio e le indennità sono soggette alle ritenute di legge e alla riduzione del 12 %. È inibito il libero esercizio della professione di medico chirurgo; è consentita solo la privata consulenza nei limiti stabiliti dal Regolamento organico. È inoltre vietato di accettare qualsiasi incarico per conto di privati o di altre Amministrazioni ed Enti. È fatto obbligo della residenza nel Capoluogo della Provincia dove ha sede il Consorzio. La domanda in carta da bollo di L. 3 corredata dai prescritti documenti l'elenco dei quali con tutte le occorrenti modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria del Consorzio, debbono pervenire non oltre le ore diciotto del 30 giugno 1933 al Presidente del Consorzio Antitubercolare (Palazzo della Provincia), Trapani.

ZARA. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Concorso al posto di Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio provinciale di igiene e profilassi. Stipendio annuo lordo L. 12.500. Aumenti quadriennali del decimo. Riduzione del 12 % a sensi dell'art. 3 del R. D. L. 20 novembre 1930, n. 1491. Età massima 45 anni. Documenti di rito e titoli scientifici e di carriera che i concorrenti crederanno utili. Scadenza ore dodici del giorno 10 giugno 1933-XI. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale di Zara.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

L'Università di Parigi ha conferito il dottorato *honoris causa* al prof. Harvey Cushing, reputato neurochirurgo, e al prof. Franz Vohlard, clinico medico di Francoforte sul Meno noto per i suoi studî sulla patologia renale.

Il dott. Vittorio Lamma, in seguito a concorso per titoli ed esami, è stato nominato medico-direttore del Consorzio provinciale antitubercolare

di Frosinone. Ci congratuliamo vivamente con l'esimio collega.

Il prof. Aurelio Fiori-Ratti, con speciale *motu proprio* di S. M. il Re, è stato recentemente nominato Commendatore nell'Ordine della Corona d'Italia.
Al valoroso collega e distinto professionista i più cordiali rallegramenti de « Il Policlinico ».

Il prof. Sante Solieri, chirurgo primario dell'Ospedale Morgagni in Forlì, su proposta di S. E. il Ministro dell'Interno, è stato nominato Grande Ufficiale della Corona d'Italia per benemerenze professionali e scientifiche. Rallegramenti sentiti all'insigne chirurgo.

La Società Svedese di Oftalmologia ha conferito la medaglia d'oro Gullstrand al prof. Priestley Smith per i suoi studî sul glaucoma. La medaglia non era più stata assegnata dal 1922.

Al dott. Torwald Madsen, direttore dell'Istituto Statale sierologico di Copenaghen, è stata conferita la medaglia Buchanan, per i suoi lavori sull'immunità, specialmente in rapporto al siero antidifterico.

La medaglia Darwin per ricerche sulla genetica, è stata conferita al dott. C. E. Correns, direttore dell'Istituto Imperatore Guglielmo per la biologia di Berlino-Dahlem.

Il prof. Hans Eppinger, direttore della Clinica medica di Colonia, è nominato direttore della 1ª Clinica medica di Vienna.

Il prof. Friedrich Koch di Halle è nominato direttore della clinica ostetrica dell'Ospedale Martino Lutero a Berlino.

NOTIZIE DIVERSE.

Museo storico nazionale dell'Arte sanitaria.

La Commissione esecutiva dell'Istituto Storico Italiano dell'Arte Sanitaria, presieduta dal prof. Guglielmo Bilancioni, ha stabilito di tenere la cerimonia inaugurale del Museo storico nazionale dell'arte sanitaria il giorno 11 maggio (alle ore 10;30) nei locali del Museo stesso (Arcispedale di S. Spirito in Roma).

Giornata della Madre e del Fanciullo.

La « Gazzetta Ufficiale » del 26 aprile ha pubblicato l'importantissima Legge concernente l'aggiornamento ed il perfezionamento dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia. In tale occasione il Capo del Governo ha diramato una circolare a tutti i Presidi delle Provincie, i quali avranno la responsabilità della direzione dell'Opera stessa nelle singole Provincie. Il Capo del Governo ha stabilito che d'ora innanzi tutti i premi d'indole demografica (nuzialità, natalità, prole numerosa, ecc.) siano distribuiti il 24 dicembre di ogni anno, giornata nazionale che sarà dedicata « alla Madre e al Fanciullo ».

2° Congresso internazionale di chirurgia ortopedica.

Come abbiamo annunziato, la Società internazionale di chirurgia ortopedica terrà il suo 2° congresso a Londra dal 19 al 22 luglio, sotto la presidenza del prof. Nové-Josserand di Lione. Temi principali: « Il meccanismo dei movimenti articolari in genere », relatori: von Bayer (Germania), Della Vedova (Italia), Scherb (Svizzera); « Il trattamento delle osteiti tubercolari », relatori: Erlacher (Austria), Maffei (Belgio), Henderson (Stati Uniti d'America), Sorrel (Francia). Sono ammesse comunicazioni su temi varî. Segretario generale: Dr. Delchef, rue Montoyer 34, Bruxelles, Belgio.

Un convegno sul cancro negli Stati Uniti.

Si è tenuto dal 19 al 21 aprile in Omada, sotto gli auspicî della Scuola Medica dell'Università di Creighton. Il dott. C. Geschickter di Baltimora riferì sulle « distrofie ossee »; il dott. J. C. Bloodgood della stessa città tenne una conferenza su « Ciò che ogni medico deve sapere intorno al cancro ».
Per gli atti del convegno rivolgersi al Dr. James F. Kelly, Creighton Memorial, St. Joseph Hospital, Omaha, Nebraska, S. U. d'A.

Per le onoranze al prof. Alessandri.

Nella « Gazette des Hôpitaux », n. 29, 12 aprile 1933, il dott. M. Auvray, presidente del 39° Congresso di Chirurgia francese, in occasione dei festeggiamenti fatti al prof. Alessandri per il suo XXX anno di insegnamento, ricorda la partecipazione del Clinico di Roma ai lavori della Società francese di Chirurgia fin dal 1906 ed enumera i varî argomenti da lui trattati e i contributi portati alle discussioni, « dimostrando una erudizione estesa, uno spirito critico eminente, senza affermare mai alcuna cosa che non fosse basata sui risultati della sua grande esperienza personale ».
L'Auvray conclude il suo articolo auspicando che l'esempio dato dal prof. Alessandri, che da

ventisette anni è ospite assiduo dei Congressi della Società francese di Chirurgia, venga seguito da un numero sempre maggiore di colleghi italiani. Essi saranno certi di ricevere l'accoglienza più cordiale. « Il nostro desiderio più caro è di contribuire, nella misura che potremo, a rendere sempre più stretti i rapporti che la nostra amata patria ha con la grande nazione italiana ».

Apprezziamo i sentimenti così cordialmente ed efficacemente espressi dall'Auvray e li condividiamo appieno, fiduciosi che i rapporti culturali e intellettuali tra le due nazioni neo-latine si renderanno sempre più stretti, per il bene comune e nell'interesse della scienza e dell'umanità.

Anche altri periodici francesi di medicina hanno avuto parole molto lusinghiere ed amichevoli per il nostro grande chirurgo e per l'Italia.

Corsi complementari e di perfezionamento.

Dal 29 maggio al 4 giugno prossimo nella Clinica Medica della R. Università di Bari si terrà un corso gratuito di revisione ed aggiornamento in medicina interna per medici pratici. Oltre alla presentazione ed allo esame dei malati più importanti, saranno fatte esercitazioni di tecnica per iniezioni endovenose, prelevamenti varii di sangue, pneumotorace, puntura lombare ed iniezioni endorachidee, trasfusione del sangue, esame antropometrico, ecc., e saranno particolarmente trattati i seguenti argomenti: 1) Piroterapia; 2) Compenso delle cardiopatie; 3) Cirrosi e loro cura; 4) Cura moderna del diabete; 5) Cura delle emorragie; 6) Reumatismo.

A coloro che avranno assiduamente frequentato il corso, sarà rilasciato un certificato.

Inviare domanda corredata dal certificato di laurea o documento equipollente alla Direzione della Clinica Medica della R. Università di Bari.

Un corso complementare d'igiene pratica per aspiranti ufficiali sanitari è annunziato presso l'Istituto d'igiene della R. Università di Padova a partire dal 15 maggio, per la durata di un bimestre; modalità consuete; tassa di L. 500,50, da versare alla Cassa dell'Economato dell'Università.

Un corso di cultura in malariologia per medici si svolgerà nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Padova dal 1° al 30 giugno; verrà integrato con l'opera dell'Istituto autonomo per la lotta contro la malaria nelle tre Venezie. Tassa L. 400,50, da versare alla Cassa dell'Università.

Un corso di perfezionamento su alcuni metodi moderni di diagnosi e di trattamento delle tubercolosi mediche e chirurgiche e di alcune affezioni delle vie respiratorie è organizzato presso la Facoltà di Medicina di Strasburgo, dal 21 giugno al 1° luglio; tassa 300 franchi; il numero di uditori è limitato. Per il programma e per informazioni rivolgersi al Dr. Vaucher, quai Finkwiller 8, Strasbourg, Francia.

Un corso sulla patologia intestinale sarà tenuto dal Dr. José Lentini, presso la cattedra di patologia chirurgica di Barcellona, a partire dal 12 giugno e per la durata di 12 lezioni; tassa 25 pesete; rivolgersi alla: Faculdad de Medicina (Secretaría).

Nella stampa medica.

« The Medico-Legal and Criminological Review » sarà pubblicata, a cura della « Medico-Legal Society » di Londra, con periodicità trimestrale, al posto delle « Transactions » che prima vedevano la luce annualmente; redattori-capi ne sono il dott. Gerald Slot e l'avv. Everard Dickson. La rivista è edita dalla Casa Bailliere, Tindall & Cox (Henriette Strett 8, Covent Garden, London W. C. 2).

Officina Farmaceutica della Croce Rossa Italiana.

Il Presidente generale della Associazione ha disposto che sia intensificata l'attività industriale della Officina Farmaceutica della C. R. I., non solo al fine di ottenere maggiori risultati economici, ma anche per potenziarla in quanto riguarda la sua attrezzatura, in modo da renderla utile anche agli altri organismi statali, parastatali, provinciali, comunali, ecc.

È stato istituito inoltre uno speciale reparto che dovrà curare lo studio e la graduale pratica attuazione di ricerche e programmi, intesi a promuovere un originale ed organico sviluppo scientifico ed industriale dell'Officina stessa.

È stato stabilito che a titolo di esperimento fosse affidata al prof. comm. Muzio Pazzi l'istituzione dello speciale Riparto come « Sezione ricerche e sviluppo ».

La Croce Rossa Cinese.

Il Corpo Legislativo o « Yuan » della Repubblica Cinese ha approvato una regolazione (legge) riguardante l'Associazione della Croce Rossa Cinese. L'organizzazione è posta alla diretta dipendenza del Ministero dell'Interno; ma vi hanno ingerenza ispettiva i ministeri della Guerra, della Marina e degli Esteri. Il Ministero dell'Interno dirige le operazioni della Croce Rossa in casi di calamità (come le carestie); i ministeri della Guerra e della Marina in tempi di guerra; il ministero degli Esteri per le azioni all'estero (tra gli emigrati cinesi).

Dispensario antitubercolare a Bengasi.

I cittadini di Bengasi, per onorare il Sovrano in occasione della sua visita, hanno raccolto la somma necessaria per istituire un Dispensario antitubercolare, che sarà intitolato al Suo augusto nome.

Dispensario bucco-dentale al Guatemala.

Con decreto del presidente della Repubblica di Guatemala, è creata una Clinica (dispensario) d'igiene bucco-dentale scolastica nella capitale; il personale è così composto: due dentisti, due aiutanti, un ufficiale d'ordine, due inservienti. Il Servizio funzionerà come « Scuola di odontologia » annessa alla Facoltà di scienze mediche e potrà valersi delle installazioni della stessa Facoltà.

Assegni della Fondazione Volta.

A seguito del concorso bandito nello scorso gennaio e su proposta della Classe delle Scienze fisiche matematiche e naturali, la Fondazione Volta, istituita presso la Reale Accademia d'Italia dalla Associazione Generale Italiana Edison di Elettricità, ha conferito otto assegni di entità varia, da 16 a 4 mila lire ciascuno, per viaggi e borse di studio all'estero a favore di varî professori.

Ha assegnato inoltre 10.000 lire al prof. Sabato Visco, dell'Università di Roma, per esplorazioni biologiche nelle isole italiane dell'Egeo, e lire 6.500 al prof. Mario Betti dell'Università di Bologna, per completare gli studî sulle acque minerali del Trentino e della provincia di Bolzano.

Elargizioni e legati.

Il dott. Bruno Miguel Rodríguez, morto recentemente a Burgos, ha legato alla deputazione provinciale 500.000 pesete (830.000 lire it.), destinate agli ospedali e ospizî provinciali.

* * *

Il dott. Halley Stewart Trust ha donato la somma di 1000 sterline (66.600 lire it.) all'Ospedale pel cancro di Londra, affinchè vengano rimesse al dott. Mawson, dell'Università Victoria di Manchester, il quale sta eseguendo delle ricerche sull'eziologia dei tumori maligni.

* * *

L'Opera Pia Nazionale di assistenza per orfani di sanitari, che ha sede in Perugia, ha ricevuto la somma di L. 10.000 dal prof. gr. uff. Prassitele Piccinini, che l'ha destinata alla costituzione di un fondo destinato ad onorare la memoria del suo compianto genitore prof. Massimo.

Quanto spende la Russia per la salute pubblica.

Nel 1932 l'Unione dei Sovieti ha speso 1.975.000.000 di rubli per i servizi d'igiene e assistenza medica, mentre nel 1913, ultima annata dell'impero czarista, la spesa era stata solo di 128.000.000 di rubli: la spesa dunque è aumentata nei rapporti di 1:15.

La cura della salute pubblica viene considerata come uno dei compiti più importanti dell'Unione.

Nel 1913 i dispensari furono visitati da 23 milioni di pazienti; ora sono idonei a compiere 365.000.000 di visite.

Nelle fabbriche sovietiche sono state organizzate più di 5000 stazioni sanitarrie per il pronto soccorso.

Nelle singole repubbliche dell'Unione la salute pubblica è particolarmente curata. In alcune risulta la spesa addirittura centuplicata.

Si sono moltiplicati gli ospedali, i dispensari, le maternità, i sanatori ecc., mentre prima della rivoluzione spesso mancavano.

Queste sono le notizie ufficiali.

I medici della Germania.

Il numero dei medici del Reich, comprese la Sarre e Danzica, alla fine del 1932 risultava di 52.518, di cui 3405 donne. La più alta proporzione di medici si ha nello Stato di Assia, con 10 medici ogni 10.000 abitanti; segue il Baden, con 9.2.

I medici nel Giappone.

Secondo dati ufficiali, all'inizio del 1932 si contavano nel Giappone 49.681 medici; alla fine dell'anno erano ridotti a 48.098, quale risultato della campagna contro la pletora (grazie alla quale i nuovi diplomati non compensano le morti).

All'inizio del '32 si contavano, più esattamente, 45.581 « clinici », ossia medici addetti alla cura dei malati (quindi esclusi i laboratoristi, gli ufficiali d'igiene ecc.); alla fine dell'anno erano ridotti a 44.889. La densità dei « clinici » risulta di 7,07 ogni 10.000 abitanti. La densità aumenta considerevolmente nei grandi centri; una recente disposizione, che obbliga i neo-diplomati a far pratica negli ospedali, ha aggravato questa situazione, aumentando così il disagio dei medici nelle città, mentre nelle campagne si avverte deficienza.

Quanto costa l'insegnamento medico in Francia.

Secondo dati raccolti nel « Journal A. M. A. » (1° apr. 1933), il costo degli studî medici — dall'ingresso nel liceo fino alla laurea — è valutabile in un minimo di 116.385 franchi, di cui 4000 circa per le tasse scolastiche; bisogna aggiungervi in larga misura il primo quinquennio di pratica, in cui per solito i redditi non coprono le spese; qualora voglia conseguirsi una posizione un po' superiore alla media e sostenere gli esami per gli ospedali (interno, capo di clinica, ecc.), la durata del *curriculum* post-universitario va incirca triplicata e le spese risultano molto maggiori prima che si possa cominciare a compensarle. Gli studenti che non hanno risorse di famiglia spesso si adattano a varî mestieri: non è raro che studenti in medicina facciano da autisti o da « maschere » di teatro e di cinematografo.

Centenario dell'Accademia di Medicina di Saragozza.

L'Accademia di Medicina di Saragozza ha celebrato il centenario della sua fondazione. Il discorso commemorativo fu pronunziato dal dott. Mariscal, che, oltre ad essere un medico di valore, è anche poeta e storico, filosofo ed erudito. Egli mise in evidenza l'azione svolta dall'Accademia nell'innalzare il livello e il prestigio della professione medica in Spagna: ad esempio, prima i professori di medicina erano retribuiti meno dei professori di altre facoltà, in considerazione degli altri introiti professionali; un tempo i medici non potevano essere deputati nè elettori, presupponendo che le cariche politiche li avrebbero distratti dalla professione.

In memoria di Luigi Concetti.

Durante il prossimo anno si svolgerà in Roma, nella R. Clinica Pediatrica Universitaria, il XV Congresso italiano di Pediatria. Compiranno allora 45 anni dacchè a Padova Luigi Concetti proponeva di fondare una Società italiana di Pediatria e di indire un primo Congresso italiano di Pediatria: congresso che fu tenuto in Roma l'anno seguente.

L'opera di Luigi Concetti, che si può considerare come il « milliarium aureum » dal quale partì lo sviluppo della predetta Società, sarà commemorata in modo solenne nella sede stessa dove si è massimamente svolta. Perchè sorga un ricordo perenne di riconoscenza dei pediatri italiani in quell'Istituto che fu da lui voluto e ideato, è doveroso che concorrano tutte le forze pediatriche italiane.

A tale scopo, il presidente della Società Italiana di Pediatria, prof. G. B. Allaria, e il direttore della R. Clinica Pediatrica di Roma, prof. L. M. Spolverini, hanno rivolto viva preghiera a tutti i pediatri d'Italia ed a tutti coloro che, sebbene non pediatri, furono Suoi allievi, ammiratori, amici, di voler inviare il loro contributo personale entro il 31 maggio al prof. Luigi Spolverini (R. Clinica Pediatrica Universitaria, Policlinico, Roma).

In memoria di R. Jones.

Si è costituito un Comitato per onorare la memoria di Sir Robert Jones, in riconoscimento dei servizi resi alla chirurgia, dei benefici recati ad un grandissimo numero di pazienti e dell'attività svolta durante la grande guerra. Verrà costituito un Fondo che ne recherà il nome. Una circolare del Comitato proclama il Jones « il più grande chirurgo ortopedico di tutti i tempi » (ciò prova che l'iperbole non viene sdegnata nei Paesi anglo-sassoni). La circolare reca le firme di Lord Derby, ex ministro della guerra, di Sir Waring, presidente del « Royal College of Surgeons », di Lord Moynihan, di Putti, dei Mayo, ecc.

In memoria di un medico condotto.

A Sottochiesa, capoluogo della Val Taleggio (Bergamo), è stata inaugurata una lapide in memoria del compianto dott. Alfonso Zampetti, che per oltre un quarantennio dedicò l'opera sua, di vero apostolato, a quei montanari. Alla commovente cerimonia assisteva il figlio, medico di Saronno.

Conferenza.

Il prof. Brogsitter, aiuto alla Clinica medica generale dell'Ospedale St.-Hedwig a Berlino, ha tenuto a Gand (Belgio), per invito di quella Società Reale di Medicina, una conferenza sulle lesioni anatomiche e microscopiche nel reumatismo cronico.

I portieri e la campagna antitubercolare.

Come vada intesa la campagna antitubercolare e sopratutto quale sia l'opera che i medici si attendono dalla classe dei portieri — per la difesa dei propri figli e di quelli degli inquilini — è stato detto con chiara, precisa e fervida parola dall'on. Eugenio Morelli, segretario del Sindacato nazionale fascista dei medici, nel salone dei Sindacati dell'industria in Roma. L'occasione gliel'ha offerta la cerimonia per la consegna delle medaglie d'argento e dei diplomi ai portieri che si distinsero nella precedente campagna antitubercolare.

Crociera " Bruxelles-Médical ,, Concours médical.

La XVIII crociera « Bruxelles-Médical » - « Concours-Médical » si effettuerà dal 5 al 29 agosto prossimo, a bordo del piroscafo « Foucauld » (15.000 tonnellate, 152 metri), della Compagnia degli « Chargeurs Réunis », piroscafo del quale tutte le cabine sono esterne (cioè danno sul mare): il suo arredamento ed i vasti ponti, ne fanno il tipo perfetto del piroscafo da crociera.

L'itinerario venne stabilito dall'illustre esploratore polare Comandante Barone de Gerlache, che accompagnerà i viaggiatori. Comprende la visita dei principali Fiordi della Norvegia, tre giorni allo Spitzbergen, una punta verso la banchisa, due giorni in Islanda, uno scalo alle Isole Feroe ed uno scalo alle Isole Orcadi. Porto di partenza e di ritorno: Dunkerque.

Prezzo applicabile ai dottori in medicina ed alle loro famiglie (ascendenti, discendenti e collaterali): 1ª classe: da 3250 franchi francesi per persona (al corso del cambio del 10 aprile, circa lire italiane 2500); 2ª classe: da 1975 franchi francesi per persona (al corso del cambio del 10 aprile, circa lire italiane 1520). Le persone estranee al corpo medico sono ammesse, su raccomandazione scritta del loro medico di famiglia, con una tariffa leggermente superiore.

Escursioni facoltative negli scali, al prezzo complessivo di 600 franchi francesi.

In ragione delle condizioni particolarmente vantaggiose nelle quali si effettuerà il viaggio, i medici che hanno intenzione di prendervi parte, sono pregati di farlo sapere al più presto possibile, ben inteso senza alcun impegno da parte loro. Per la destinazione dei posti sarà tenuto conto dell'ordine d'arrivo delle domande.

Per tutte le informazioni complementari, rivolgersi alla Sezione dei Viaggi di « Bruxelles-Médical », 29 Bld. Adolphe Max, Bruxelles (Belgio).

Un opuscolo dettagliato del viaggio, ed il piano del piroscafo, saranno inviati gratuitamente dietro richiesta.

« Bruxelles-Médical » sarà specialmente felice di vedere numerosi medici italiani aggiungersi ai loro colleghi belgi, nella certezza che la loro presenza a bordo non potrà che contribuire a restringere ancora i legami d'amicizia, già tanto saldi fra l'Italia ed il Belgio.

Roentgencinematografie sonore.

Sono state allestite a Berlino, da Heinz Grosse, nella Scuola Superiore di Musica; i rumori fisiologici e patologici del cuore sono stati intensificati senza distorsione, col procedimento del dott. Jacobson.

Le cinematografie eseguite rendono i movimenti e i suoni sincronizzati del cuore di un atleta in riposo e mentre lavora e di una malata d'insufficienza aortica. Sono considerate utilissime per l'insegnamento della semiotica.

Le esperienze " in vivo ,,.

La Società Antivivisezionista di Palermo ha offerto in dono all'Istituto di fisiologia di questa città un apparecchio cinematografico. Come ha dichiarato il prof. Ugo Lombroso in un discorso riportato — nella parte essenziale — sul « Pensiero Sanitario », il dono vuol essere il simbolo di un fortunato sforzo di avvicinamento e di comprensione reciproca, tra coloro che vorrebbero evitare le sofferenze agli animali e gli studiosi che sono costretti ad infliggerle; e ciò nel senso che i primi riconoscono come le esperienze *in vivo* sono indispensabili per i progressi della biologia e della medicina, mentre i secondi sentono il dovere morale di ridurle al minimo. Crediamo che questa intesa sia effettivamente possibile tra le due tendenze e che essa segnerà un progresso decisivo.

Il 10 aprile, dopo breve malattia, si è spento a Zurigo, ove dirigeva la Clinica Dermosifilopatica, il prof. BRUNO BLOCH, uno dei più illustri dermatologi europei. Gli avevano dato fama i suoi studi fondamentali sulla genesi del pigmento cutaneo, sui tumori sperimentali da catrame, sulle dermatomicosi e sulla allergia cutanea. Il suo Istituto, dotato di larghissimi mezzi, era frequentato da giovani di ogni nazione attratti dalla rinomanza del grande Maestro.

Recentemente, chiamato a dirigere la Clinica di Berlino, aveva rifiutato l'onorifica designazione per non abbandonare l'Istituto che aveva creato e gli studi prediletti.

La morte ha troncato immaturamente la sua feconda attività di studioso.

M. T.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Münch. Med. Woch., 10 feb. — L. v. KREHL. Le basi della terapia.

Deut. Med. Woch., 10 feb. — SCHIFF e al. Gruppi sanguigni.

Arch. Urug. de Med., ecc., gen. — A. GAVA e M. ASTIARAZAN. La reazione di Casoni.

Arch. Intern. Med., gen. — L. TARR. Emoglobinemia da nitrato ammonico. — J. B. YOUMANS e al. Edema endemico nutritivo. — S. BELLET. Nutriz. del miocardio.

Med. Klinik, 10 feb. — O. RIESSER. I problemi della prescriz. dei medicinali.

Lancet, 11 feb. — W. TROTTER. De minimis.

Morgagni, 8 gen. — S. SALUTA. Tabagismo e funzioni dell'apparato digerente.

Rif. Med., 11 feb. — L. PRETI. Anemie aplastiche semplici: eritro- e piastrino-peniche.

Wien. Klin. Woch., 17 feb. — HAMBURGER, Infezione e malattia, allergia e immunità.

Studium, 1 feb. — L. TORRACA. La chirurgia nei primi trent'anni del secolo XX.

Accad. Med., 15 gen. — N. PENDE. Femminilismo eunucoide, diabete mellito e diabete insipido alternati.

Deut. Med. Woch., 17 feb. — SCHENERT. Le ricerche chimiche sulle vitamine. — KEHRER. Le cosidette encefalopatie traumatiche.

Riv. San. Sicil., 1 feb. — A. BUSINCO. Fonti vecchie e fonti nuove.

Med. Latina, gen. — J. F. TELIO MUÑOZ. Anat. pat. del reumatismo.

Arch. Malad. App. Dig. ecc., gen. — CHAUTRIOT. Il problema terapeutico della lambliasi. — D. SIMICI e al. Eliminaz. della creatininina per lo stomaco nelle nefriti.

Scalpel, 18 gen. — L. VAN BOGAERT. Le angiomatosi neuro-cutanee.

Paris Méd., 18 feb. — Numero sull'appar. respiratorio. — T. ALAJOUANINE. Le cifosi dei vecchi. — L. LAEDERICH e al. Forma cutanea ulcerosa della linfogranulomatosi maligna.

Gaz. d. Hôp., 15 feb. — R. LEVENT. I principî generali dell'interferometria.

Journal A. M. A., 4 feb. — A. CARLTON e B. M. BANKS. L'uso dell'istamina nel prurito. — E. S. KILGORE, Trattam. dell'occlusione acuta delle coronarie. — H. E. HYMAN e S. HIRSCHFELD. Iniezioni endovenose lente.

Med. País. Cál., 31 gen. — C. GARCIA DE COSA. Atebrina-plasmochina nella malaria.

Minerva Med., 17 feb. — P. BASTAI e G. C. DOGLIOTTI, Osteosi paratiroidea.

Indian Jl. Med. Res., gen. — R. KNOWLES e al. Studi sulla malaria. — J. A. SINTON. Simulidi indiani. — S. D. S. GREVEL. Fissaz. del complem. nella rabbia.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XL — Roma, 15 Maggio 1933 - XI — Num. 20

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI.

CLINICA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA.

Epididimite cronica non tubercolare (*).

Prof. D. TADDEI, direttore.

Il caso che stamane vi presento, dimostra come sia talora difficile o impossibile definire clinicamente la natura di alcune affezioni infiammatorie sub-acute o croniche dell'epididimo.

Ricordate che nella lezione scorsa ho presentato un ammalato con una tumefazione a carico dell'epididimo destro. In base ai dati clinici dell'affezione e al reperto clinico e radiologico del torace, sebbene la diagnosi si dovesse svolgere verso una epididimite tubercolare, vi feci però notare come fosse impossibile una diagnosi sicura nel caso in parola per l'assenza di alcuni sintomi importanti. Credo opportuno ricordare i dati più importanti della storia clinica e dell'esame obbiettivo per poterli rivalutare con una critica serena; e per poter arrivare ad una conclusione diagnostica fornitaci dai reperti anatomo-patologici e, specialmente, istologico dell'epididimo, che ho asportato ieri con l'intervento operatorio, di cui avevo precisato l'indicazione.

R. E., di anni 44, da Pisa, manovale, asserisce che circa 2 mesi or sono avvertì in corrispondenza dell'emiscroto destro, durante uno sforzo abituale al suo lavoro, un dolore a carattere trafittivo, che durò solo pochi minuti. Da quell'epoca l'infermo ha sempre avvertito nella sede surriferita una sensazione molesta continua a tipo gravativo, intervallata raramente da dolore trafittivo.

L'infermo è rimasto colpito dal fatto che fin dall'inizio dei primi disturbi sopranotati l'emiscroto destro è andato lentamente aumentando di volume fino a raggiungere nell'epoca attuale la grandezza e la forma di una pera di modiche dimensioni. Non sono riferite modificazioni dei tegumenti allo stesso livello. Non fu mai curato il rilievo della curva termica.

Due giorni prima di essere accolto in Clinica il paziente chiese il consiglio di un sanitario, il quale praticò una puntura della vaginale propria del testicolo destro, evacuando pochi cc. di liquido limpido, paragonato dall'infermo all'urina, sia per il colore, sia per l'aspetto. Il paziente non ha accusato altri disturbi. La funzione urinaria è stata sempre normale.

Nell'anamnesi patologica remota del nostro ma-

(1) Lezione clinica tenuta il giorno 23 gennaio 1933 e raccolta dal dott. VINCENZO CONSIGLIO, assistente.

lato risulta per due volte un'affezione polmonare sub-acuta: la prima nel 1924 con esito in guarigione dopo circa 3 mesi di malattia; la seconda nel 1925, della quale il paziente guarì dopo circa 4 mesi. Durante questi periodi di malattia furono praticate numerose iniezioni sottocutanee (probabilmente di olio canforato) in varie parti del corpo. Dopo circa 2 anni dalla prima manifestazione polmonare, il malato notò in alcuni dei punti, ove furono eseguite le iniezioni, la comparsa di intumescenze a lento accrescimento. Tali tumefazioni, in un primo tempo di consistenza dura, sono diventate successivamente di consistenza teso-elastica; due di esse, situate rispettivamente alla regione laterale della coscia destra e al polpaccio sinistro, si sono ulcerate spontaneamente quindici giorni prima dell'ingresso in Clinica, emettendo un materiale di aspetto purulento; in seguito si sono avviate alla guarigione senza cure particolari.

Nulla di notevole nell'anamnesi familiare.

Noi abbiamo osservato, esaminando la regione scrotale, che l'emiscroto destro era della grandezza di un uovo di gallina, a consistenza elastico-fluttuante, con translucidità evidente. Con la palpazione del testicolo destro si apprezzava una tumefazione posteriore, evidentemente a carico dell'epididimo, grossa come un pollice, abbracciante il didimo a guisa di un casco di cimiero, dura, bernoccoluta, dolente, non aderente ai piani superficiali e non fluttuante. Il funicolo era ingrossato rispetto a quello dell'altro lato; il deferente era bensì ingrossato inferiormente, ma non presentava alcun ispessimento a corona di rosario. Con l'esplorazione rettale si apprezzava una prostata di volume e forma normali; le vescicole seminali non erano palpabili.

Il nostro malato presentava nette stigmate rachitiche. Infine dimostrava essere un tubercolotico, sia per i dati anamnestici, sia per i dati obbiettivi clinici e radiologici.

La reazione di Wassermann è stata negativa.

Ora cerchiamo di coordinare e valutare i dati obbiettivi:

A carico dell'emiscroto destro risultava una minima raccolta di liquido nella vaginale propria: si doveva escludere un *ematocele* per la positività della diafanoscopia e un *idrocele primitivo* per il modico volume e per la scarsa tensione del liquido, tanto che si riusciva con la pressione digitale a raggiungere la resistenza del testicolo; quindi ci trovavamo di fronte ad un *idrocele sintomatico;* conseguenza di una affezione epididimo-testicolare. In quanto a questa ultima bisognava senz'altro escludere un *tumore primitivo del didimo,* dato che in tal caso non si sarebbe apprezzato l'epididimo schiacciato sul testicolo; era da escludere anche un *tumore dell'epididimo,* sia per l'enorme rarità, sia perchè l'epididimo in questo caso si apprezzava, diffusamente ingrossato Ci trovavamo di fronte ad una affezione dell'epididimo di natura infiammatoria con idrocele sintomatico; non si poteva dire con certezza se il didimo fosse integro o cointeressato nel processo infiammatorio. Il deferente era ingrossato: potevamo quindi ammettere che ci fosse una deferentite, però senza vescicolite, nè prostatite, per la negatività dei dati obbiettivi all'esplorazione rettale e dell'esame delle urine.

Dall'insieme di questi dati scaturiva la diagnosi di *epididimite sub-acuta o cronica con deferentite;* ma la difficoltà speciale in questo caso consisteva nel determinare la natura.

Voi sapete che un gran numero di epididimiti croniche, anzi la massima parte di esse, è di natura tubercolare: eppure una volta su venti all'incirca si è visto che queste epididimiti, supposte tubercolari, non lo sono, sia perchè l'esame istologico dell'organo ammalato non mette in evidenza la caratteristica struttura tubercolare, sia perchè con l'esame batteriologico si sono potuti isolare i germi più svariati, tra i quali il *bacterium coli,* il bacillo di Eberth, il diplococco di Fraenkel, il micrococco melitense, alcuni sporomiceti ed altri germi; vi faccio notare però che un grandissimo numero di casi queste *epididimiti pseudo-tubercolari* sono stafilococciche.

Accanto a queste forme con etiologia nota, ve ne sono altre, in cui non si è potuto mettere in evidenza alcun germe: per queste ultime, chiamate *epididimiti aspecifiche,* sono state invocate le cause più varie, fra cui i traumi, gli eccessi venerei e l'iperemia dell'organo, ecc. Infine vi sono le epididimiti sub-acute e croniche dovute non al bacillo di Koch, bensì alle tossine di esso: queste forme vengono comunemente denominate col termine improprio di *epididimiti tubercolari infiammatorie,* mentre credo più giusto che si dia loro il nome di *epididimiti tossi-tubercolari non bacillari.*

La tubercolosi dell'epididimo è un'affezione molto frequente, la quale colpisce soggetti adulti in condizioni generali deperite, quanto individui in condizioni floride. Generalmente la testa dell'epididimo rappresenta la classica sede, in cui s'istituisce all'inizio il nodulo tubercolare; ma non è raro osservare talvolta delle lesioni specifiche iniziali alla coda dell'epididimo.

La lesione primitiva dell'organo è accompagnata quasi sempre da un modico versamento di liquido sieroso nella vaginale.

In quanto alla patogenesi, vi sono parecchie teorie che cercano di spiegare quale sia la via, per cui il bacillo di Koch, come del resto gli altri germi nelle forme non tubercolari, può giungere all'epididimo:

1) Alcuni AA. (Verneuil, ecc.) ammettono la via uretro-deferenziale; però questa teoria viene difficilmente accettata, tanto più che non è stata dimostrata sperimentalmente.

2) Guyon e, specialmente, Legueu affermano che il processo tubercolare si localizza primitivamente nella prostata e nelle vescichette seminali, e quindi guadagna l'epididimo per la via deferenziale. Questa teoria, se può valere per un certo numero di casi, non vale per tutti, perchè spesso si osservano localizzazioni primitive dell'epididimo, senza alcuna compartecipazione della prostata; anzi vediamo che dall'epididimo il processo si diffonde

secondariamente al deferente e alle vescicole seminali. Non esiste dimostrazione sperimentale: clinicamente poi è da notare la rarità della prostatite tubercolare isolata o primitiva; e la regressione delle lesioni prostato-vescicolari dopo epididimectomia parlano piuttosto per la secondarietà delle lesioni stesse.

3) La possibilità di diffusione del processo kochiano da organi vicini al testicolo per la via linfatica è, se ammissibile, eccezionale ed io ho potuto osservare ciò una sola volta in una tubercolosi del sacco erniario in un soggetto affetto da peritonite tubercolare.

4) Invece la via che meglio spiega i fatti clinici ed anatomici rimane sempre la sanguigna, dimostrata clinicamente e sperimentalmente, per quanto non sia facile stabilire per quali ragioni circolatorie l'epididimo favorisca l'arresto e l'attecchimento di germi, facile invece a capire ad es. nei vasi terminali justaepifisari dell'adolescente per la determinazione dell'osteomielite purulenta, nelle ossa spongiose o nelle affezioni specifiche o no del rene.

In quanto all'evoluzione del processo specifico certamente ricordate che le nodosità epididimarie ulteriormente o guariscono con una specie di incistamento fibroso, oppure si rammolliscono; in tal caso il processo infiltrativo si estende verso lo scroto, che viene ad aderire all'epididimo; quindi in questo punto la cute si arrossa, si assottiglia e si ulcera, creando delle fistole tubercolari, attraverso le quali si vuotano gli ascessi freddi. Le lesioni specifiche, in un primo tempo localizzate all'epididimo, in seguito si diffondono al corpo di Higmoro, al deferente, alle vescicole seminali ed alla prostata: il deferente presenta delle lesioni nodulari, discontinue, moniliformi, paragonabili ad una corona di rosario; talvolta presenta delle lesioni continue, decrescenti d'intensità dall'epididimo verso le vescichette; queste ultime si presentano tumefatte, come se fossero iniettate con sego o cera; la prostata diventa voluminosa e a superficie bitorzoluta per nodosità irregolari, dure o rammollite.

Intanto faccio notare che tutte le altre infiammazioni subacute e croniche non tubercolari possono ripetere i caratteri passati rapidamente in rassegna a proposito della tubercolosi epididimaria; però due sono i punti di cui ci si vale per differenziare con molta probabilità le affezioni pseudotubercolari dell'epididimo:

1) *lo stato del condotto deferente*. Sebbene in alcune forme sporotricotiche sia possibile rilevare delle lesioni nodulari discontinue a corona di rosario, è eccezionale nella deferentite specifica riscontrare un semplice ingrossamento, privo di nodosità; 2) *i caratteri delle vescicole seminali*, che nella tubercolosi si presentano ingrossate, dure, bernoccolute e con una sensazione caratteristica, come se le cavità vescicolari fossero state iniettate di sego.

L'inizio acuto o sub-acuto nelle epididimiti non ha alcun valore per escludere l'eventuale natura tubercolare di esse, perchè si può avere occasione di osservarne alcune specifiche a decorso pertino acutissimo: ciò è possibile riscontrare quando nell'anamnesi vi è un pregresso traumatismo occasionale, che o ha rivelato una malattia latente o ha favorito lo sviluppo del bacillo di Koch circolante nel sangue.

La concomitanza di lesioni polmonari ha molta importanza, perchè costituisce un dato, che ci fa propendere più per una affezione tubercolare, che per un'altra; eppure questo non si avvera sempre, e come esempio potrei citare il nostro paziente. Data la enorme frequenza della tubercolosi polmonare, può darsi che si abbia in un tubercoloso polmonare un'affezione epididimaria da altri germi, dei quali magari la tossiemia specifica ha favorito colle modificazioni delle difese generali l'attecchimento.

Quindi, nel caso che si esamini un soggetto, in cui si sospetti, davanti ad una affezione epididimaria, la natura tubercolare, il poter dimostrare altre localizzazioni specifiche, oltre quelle epididimarie, ha una certa importanza, ma non assoluta, nella soluzione del problema diagnostico etiologico. Non bisogna dimenticare nel nostro malato le tumefazioni sottocutanee, comparse nei punti, in cui furono praticate delle iniezioni negli anni 1924 e 1925: le dette intumescenze non potevano essere altro che degli elaiomi, dei quali due anche suppurati; questo ha un certo valore per la risoluzione del problema diagnostico: infatti il tenere presente in questi casi l'esistenza di altre affezioni, oltre la tubercolare, può talvolta avere valore per eliminare eventuali errori nella diagnosi clinica.

In caso di dubbio diagnostico la spermocultura avrebbe forse acquistato una certa importanza; ma non di rado è negativa; anche l'esame citologico del liquido contenuto nella vaginale avrebbe potuto avere il suo valore, perchè in caso di tubercolosi si possono trovare linfociti, mentre nelle forme pseudo-tubercolari solo dei leucociti polinucleari: eppure ciò non si verifica sempre, dato che qualche volta anche nelle seconde sono stati repertati soltanto dei linfociti.

In conclusione possiamo dire che, all'infuori di quei casi di tubercolosi epididimaria con ascessi, fistole o localizzazioni secondarie, si è costretti a lasciare spesso in sospeso la diagnosi di epididimite tubercolare. Nel nostro caso infatti pur propendendo prima dell'intervento chirurgico per una tubercolosi epididimaria, lasciammo la diagnosi di certezza in sospeso, sia per la mancanza delle nodosità a corona di rosario a carico del deferente, sia per l'assenza della vescicolite, sia per la presenza degli elaiomi.

Ieri ho operato il paziente in morfioeteronarcosi. Dapprima ho eseguito l'escissione ellittica di un elaioma in imminente suppurazione, aderente alla cute ed all'aponevrosi sottostante. In un secondo tempo ho praticato un'in-

cisione verticale dell'emiscroto destro, ho estrinsecato il testicolo dallo scroto ed infine ho aperto la vaginale, dando esito a 20 cc. di liquido citrino, e l'ho estirpata. Quindi ho escisso l'epididimo assieme al corpo d'Higmoro e alla porzione funicolare del deferente. Dopo aver avvicinato con un punto di sutura i margini della cavità residua all'asportazione del corpo d'Higmoro, ho suturato infine la cute.

Voi osservate nel pezzo asportato che l'epididimo ha lo spessore di un dito pollice e che si continua con una grossa massa in corrispondenza dell'antro d'Higmoro: Si vede che esso è costituito da un tessuto duro, omogeneo, lardaceo, senza alcun nodulo apprezzabile in degenerazione caseosa. Il deferente alquanto ingrossato in corrispondenza della sua porzione prossimale all'epididimo, è di aspetto normale nella sua parte alta.

Se guardate i preparati istologici (1) del pezzo asportato, osserverete come la struttura varii nelle diverse parti dell'epididimo, nel corpo d'Higmoro e nel condotto deferente: questa diversità strutturale si spiega col differente grado di evoluzione del processo infiammatorio.

In alcune zone dell'epididimo e nel corpo d'Higmoro prevale un tessuto connettivo, caratterizzato da una ricchezza di fibroblasti e di linfociti, da fibrille precollagene e collagene, da poche plasmacellule, da rarissimi leucociti e da parecchi vasellini neoformati. In alcune delle suddette zone non si trova più alcun residuo di tubulo epididimario; in altre invece vi è un discreto numero di tubuli ectasici, in cui delle cellule epiteliali di rivestimento persistono solo le basali, mentre quelle a pennacchio sono cadute in disfacimento necrobiotico nel centro del lume canalicolare (fig. 1).

Sparsa nel tessuto ora descritto, si osserva qualche isola più o meno estesa di tessuto in disfacimento necrobiotico, in seno alle quali vi sono numerose travate connettivali in degenerazione jalina (fig. 1). Assenza completa di cellule giganti. Dal tessuto di granulazione ricco in cellule si passa gradatamente in un tessuto connettivo fibrillare, ricco in cellule e con numerosi vasi neoformati: nel suddetto connettivo, intersecato variamente da grossi fasci fibrosi, si vede qualche residuo di tubulo epididimario (fig. 2). In altre zone dell'epididimo manca completamente; si osserva invece un connettivo fibrillare lasso, in cui vi sono rari canalicoli discretamente conservati e con leggera reazione linfocitaria all'intorno (fig. 3).

FIG. 1. — Epididimo: tessuto connettivo neoformato; in basso, una estesa zona di tessuto in disfacimento necrobiotico; in alto e a sinistra, sezioni del canale epididimario ectasico. (Zeiss: × 40).

FIG. 2. — Epididimo: connettivo fibrillare giovane; al centro e in basso verso sinistra, residui di tubuli. (Zeiss: × 40).

A carico del condotto deferente si ha una discreta fibrosi pericanalicolare, che diminuisce gradatamente fino a scomparire del tutto nella parte funicolare alta. L'epitelio deferenziale è molto ben conservato; il connettivo pericanalicolare ha i caratteri del tessuto fibrillare lasso e quello perideferenziale presenta nella porzione testicolare e nella funicolare bassa una discreta infiltrazione linfocitaria (fig. 4).

L'elaioma si dimostra costituito da tessuto fibroso, che circonda delle gocciole colorabili col Sudan III, e nel quale è qua e là più o meno intenso un evidente processo infiammatorio di alto grado.

È stato eseguito anche l'esame batterioscopico sui tessuti, colorati col metodo di Nicolle e col metodo di Gram, risultando negativo per l'epididimo e il deferente, mentre nell'elaioma sono stati repertati rari cocchi gram-positivi,

(1) Alcuni pezzi dell'epididimo, del corpo d'Higmoro, del deferente e dell'elaioma sono stati fissati in alcool assoluto e in formalina, e quindi colorati con ematossilina-eosina e col metodo di Van Gieson. (Istologia eseguita dal dott. CONSIGLIO).

di cui alcuni isolati ed altri disordinatamente raggruppati in 3-4 elementi.

Recentemente sono comparsi sull'argomento un lavoro di Bolognesi e Redi (1932), ed uno, in particolar modo completo, di Cirio (1933). I primi hanno cercato di districare un po' la matassa nella classificazione delle epididimiti croniche e sub-acute non specifiche: essi confermano, dopo aver riportato otto osservazioni personali, accanto alle *epididimiti croniche specifiche comuni* (tubercolari, blenorragiche e sifilitiche), l'esistenza di epididimiti con caratteri clinici quasi del tutto identici alle prime, denominandole *epididimiti croniche aspecifiche*, da distinguersi in *determinate*, se l'eziologia è nota, ed *indeterminate*, se l'eziologia è ancora sconosciuta.

Fig. 3. — Fibrosi dell'epididimo: in alto a sinistra, tre sezioni del canale epididimario ben conservato. (Zeiss: × 40).

Fig. 4. — Porzione testicolare del deferente: fibrosi pericanalicolare. (Zeiss: × 40).

Il Cirio distingue le epididimiti croniche in tubercolari, sifilitiche, gonorroiche, stafilococciche, colibacillari, sporotricotiche e in quelle di natura indeterminata:

1) *Epididimite tubercolare*: è la più frequente.

2) *Epididimite cronica sifilitica*: è molto rara, sia nella forma florida, sia quando si presenta fin dall'inizio con caratteri spiccati di cronicità.

3) *Epididimite cronica gonorroica*: non è fra le più comuni; insorge in seguito ad infezioni gonorroiche e si manifesta con caratteri clinici svariati. Tale polimorfismo è in rapporto ai differenti germi che sono stati isolati in questa affezione: infatti in una piccola percentuale di epididimiti fu riscontrato il gonococco, mentre per il rimanente furono identificati gli streptococchi in piccole catenelle, lo stafilococco, il colibacillo, l'enterococco (Hartmann, Lecène, Esmonet, Lavenant); qualche rara volta non fu repertato alcun germe. In quanto alle vie di propagazione si può mettere quella sanguigna, quando agiscono i suddetti germi associati, e quella uretro-deferenziale nella quasi totalità delle infezioni gonococciche vere e proprie (Oppenheim, Low); nei casi, in cui non è interessato il deferente, resta la via linfatica, attraverso la rete sottomucosa.

4) *Epididimite cronica da stafilococco*: questo germe può agire, nella genesi di un'affezione epididimaria cronica, isolatamente, oltre che in associazione; lo stafilococco è ritenuto quale responsabile di tutte le epididimiti fibrose, di cui sfugge spesso la causa, apparse al seguito di stafilococcemie attenuate (Dorn). In quanto alle vie d'infezione si può distinguere una via ematogena, una via discendente renale, una via ascendente uretrale ed una via prostato-seminale.

5) *Epididimite cronica da bacterium coli*: bisogna distinguere le *epididimiti colibacillari miste*, che si hanno comunemente nel corso della blenorragia, dalle *epididimiti colibacillari semplici*, meno comuni e chirurgicamente più interessanti. Le modalità di sviluppo dell'infezione epididimaria non differiscono di molto da quelle che sono state indicate nelle forme stafilococciche; per lo più si verifica l'arrivo del bacterium coli all'uretra posteriore ed alla prostata e di qui la diffusione all'epididimo per via canalicolare o per via linfatica.

6) *Epididimite cronica sporotricotica*: nella letteratura sono stati riportati appena quindici casi. La porta d'entrata del germe nell'organismo è costituita o da soluzioni di continuo della pelle e delle mucose o dal passaggio attraverso la mucosa gastro-enterica: la diffusione avviene per via ematogena. L'epididimite sporotricotica si presenta in soggetti aventi manifestazioni sporotricotiche multiple, però Thevenard (1922) ha osservato un esempio di epididimite quale manifestazione monosintomatica di sporotricosi. Nelle epididimiti ulcerate bisogna sospettare una micosi almeno nella metà dei casi (Moore).

7) *Epididimite cronica di natura indeterminata*: questo gruppo vanta una casistica numerosa. Vi figurano epididimiti, che sembrano le più adatte a simulare la tubercolosi, da cui vengono differenziate con il nome di *epididimiti croniche aspecifiche* (Elsenberg, Dorn), oppure come *croniche semplici* (Riganor, Irreda); alcune, in cui la natura infiammatoria resta fuori di ogni discussione, prendono il nome di *epididimiti infettive* (Bonnet): Christmas a tal proposito emette l'ipotesi che i germi, distrutti rapidamente da condizioni sfavorevoli di vita, sarebbero sostituiti nella loro azione patogena dalle tossine rimaste attive e capaci di agire sui tessuti. Infine appartengono a questo gruppo le *epididimiti fibrose* (Schmieden, Schwarz), in cui riesce arduo decidere sulla vera essenza del processo.

Questa classificazione del Cirio è quella che mi sembra oggi la più accettabile.

Nel nostro caso il reperto istologico dimostra chiaramente una *epididimite cronica iperplastica con deferentite e perideferentite*. Riguardo alla natura dell'affezione si dovrebbe propendere per un'eventuale *forma aspecifica indeterminata*, sebbene il solo esame batterioscopico sia insufficiente nel voler dare un giudizio sulla natura dei processi infiammatorii in genere.

Le forme pseudo-tubercolari dell'epididimo restano di solito limitate a quest'organo e alla parte extra-addominale del deferente e possono guarire per fibrosi dell'epididimo. Ma anche nella tubercolosi dell'epididimo, pure in presenza di fistolizzazione, si può talvolta verificare la guarigione clinica, spontanea o mediante cure jodiche, elioterapiche, ecc. per fibrosi dell'organo: perciò nelle forme tubercolari non bisogna mai fare subito una prognosi infausta; nel maggior numero dei casi purtroppo la diffusione è quasi costante al didimo ed anche all'altro epididimo.

La cura in ambedue le forme è identica. Il trattamento chirurgico deve essere conservativo e consiste nella epididimo-deferentectomia. Se esistono lesioni del corpo d'Higmoro, si può asportare anche questo; se è lesa una parte del didimo, lo si può asportare parzialmente e suturare l'albuginea. Questo trattamento ha lo scopo di conservare la secrezione interna del testicolo. Anche in caso di fistolizzazioni nelle forme tubercolari si può ottenere la guarigione con un intervento quanto più conservativo sia possibile. La emicastrazione invece è una operazione che non si deve praticare che in via eccezionale, perchè si è visto che più frequentemente, in seguito, ammala l'altro testicolo.

Il caso, che vi ho illustrato, dimostra ancora una volta l'importanza che nella determinazione della natura delle epididimiti croniche non fuse e non ulcerate ha l'esplorazione del deferente e delle vescicole. L'assenza del reperto moniliforme o a corona di rosario del deferente e dell'ingrossamento delle vescicole con la sensazione di vescicole come iniettate con sego, l'assenza di lesioni specifiche urinarie (tubercolari, gonococciche) sono i dati che più degli altri hanno valore per dubitare della natura tubercolare, anche se l'affezione si svolge in un individuo con lesioni tubercolari lontane (polmoni, ghiandole).

Sulle difficoltà della diagnosi della tubercolosi epididimo-testicolare nelle forme ad evoluzione acuta (torsione del testicolo, trauma), nelle forme dette ipertrofiche (ematocele, neoplasma), sulla importanza dell'esame urologico per stabilire se la lesione epididimo-deferento-vescicolare sia conseguente ad una tubercolosi renale, sulle difficoltà diagnostiche dell'insorgenza di una tubercolosi genitale al seguito di una blenorragia vi ho già intrattenuto in altre lezioni; qui mi limito a ricordarvele, sia per dimostrare come spesso, accanto a casi banali (forme ascessuali, fistolizzate, ecc.), si trovino delle difficoltà talora insormontabili nel problema diagnostico etio-patogenetico di queste affezioni, sia per stabilirne, non dico in modo assoluto, la natura, ma anche solo per distinguere le forme dovute al bacillo di Koch o alle sue tossine da quelle dovute ad altri germi.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALI RR. DI ROMA - S. SPIRITO IN SASSIA.
Primario chirurgo: prof. G. EGIDI.

Esofago-broncoscopia e sua importanza diagnostica e terapeutica.

Dott. INNOCENZO NUVOLI, aiuto.

L'esofago, data la sua profonda situazione ed i suoi temibili rapporti anatomici, sfugge alla semeiotica ed alla terapia chirurgica.

La diagnosi quindi delle sue affezioni viene affidata in parte ai sintomi funzionali con i quali esse si presentano e, in parte, ai sintomi radiologici; i primi rappresentati da: *disfagia*, che può essere graduale e progressiva, *rigurgiti* immediati o tardivi con assenza di succhi gastrici e che avvengono senza nausea e senza sforzo, *fetore dell'alito* sia dovuto alla putrefazione dei cibi ristagnanti al di sopra dell'affezione occludente il lume esofageo, sia dovuto alla necrosi di porzioni di un tumore ulcerato; i secondi sono rappresentati da vizi di forma e di grandezza dell'esofago messi in evidenza dalle modificazioni che, assume un pasto opaco deglutito.

I vizi di forma ci si manifestano come modificazioni delle curve esofagee che possono essere aumentate o diminuite; sono gli sposta-

menti dell'esofago per affezioni estrinseche ad esso, che producono tali deformità.

I vizi di grandezza sono rappresentati invece da restringimenti ed ectasie, formazioni di nicchie e lacune; queste ultime però mai così bene evidenti come per lo stomaco da permettere una diagnosi etiologica del restringimento esofageo.

Dall'esame radiologico quindi se possiamo con esattezza diagnosticare una compressione, una stenosi o un'ectasia sia essa totale o diverticolare, e la sede precisa di una affezione, non possiamo con altrettanta sicurezza affermarne la causa.

Il cateterismo esofageo mediante sonde molli ha perduto ogni sua importanza diagnostica dopo l'evento dell'esame coi raggi.

Se vogliamo quindi adempiere al nostro còmpito diagnostico dobbiamo affidarci all'esofagoscopia; con essa possiamo mettere in evidenza restringimenti, ectasie, spasmi, diverticoli, polipi, tumori, ulcerazioni, siano esse dovute a tbc. o a sifilide o a cancri ed in casi dubbiosi asportare con una pinza *emporte-pièce* un pezzetto della superficie ulcerata e farne la biopsia.

La diagnosi così viene accertata in riguardo alla sede e alla natura del male.

Durante la mia pratica chirurgica ho avuto occasione di fare 31 esofagoscopie, di cui venti per accertamenti diagnostici, dei quali nove per cancro dell'esofago, tre per restringimenti cicatriziali, otto per tbc. esofagea.

In un caso il cancro esofageo era metastatico di un cancro del collo uterino curato radiologicamente e apparentemente guarito.

All'esofagoscopia l'epitelioma esofageo si mostra con differenti aspetti a seconda del periodo in cui la nostra osservazione ha luogo.

In un primo periodo maggiormente difficile per la diagnosi esso si manifesta come una tumefazione che restringe più o meno il lume dell'esofago a seconda della sua grandezza.

In quattro casi da me osservati si trattava di forme infiltrative che solo secondariamente hanno dato l'ulcerazione cancerosa. La sede di essi era nel segmento inferiore dell'esofago fra il restringimento aortico e quello diaframmatico; ciò concorda con le asserzioni di Lotheissen e con la statistica di Sauerbruch che riporta il 75 % dei tumori dell'esofago a carico del segmento inferiore.

La tumefazione può occupare una delle pareti esofagee come uno dei due margini; in uno dei quattro casi occupava il margine destro; a seconda della parete o del margine che essa occupa il lume esofageo è spostato dalla parte opposta. La tumefazione nei casi osservati non superava la grandezza di una noce; la mucosa ad essa sovrastante era di un colorito un po' più pallido della mucosa sana e mentre nelle porzioni dell'esofago sovrastanti al tumore l'introduzione del tubo esofagoscopico nel procedere spingeva avanti al suo margine un orletto di mucosa normale come se questa scorresse un po' sulla sottomucosa; in corrispondenza della tumefazione la mucosa è rigida forse per aderenze col tumore sottostante.

Lo specillo esofageo rileva sempre che la tumefazione è di consistenza dura, e non spostabile.

In un caso prossimo ad ulcerarsi, come una seconda esofagoscopia conferma dopo 20 giorni, il tumore era ricoperto di un essudato sanioso, che se si cercava di asportare con uno stuello questo si estraeva leggermente insanguinato.

In un altro caso più avanzato di epitelioma, la tumefazione situata sempre nel segmento inf. dell'esofago aveva un diametro longitudinale di cm. 5. Tale misurazione risultò dalla graduazione del tubo esofagoscopico; man mano che questo progrediva detta tumefazione, che in alto era solo a carico della parete anteriore, invadeva i margini destro e sinistro e più distalmente anche la parete posteriore dell'esofago, cosicchè tutta la circonferenza di questo era invasa dal tumore; il passaggio fra parte malata e parte sana era segnato da un restringimento anulare, duro, fibroso, a margine quasi tagliente, che solo l'allungamento del tubo n. 2 riusciva a superare producendo uno scatto accompagnato da un rumore cupo. Sotto tale restringimento l'esplorazione progrediva liberamente fino in prossimità del cardias.

Nel secondo periodo dell'evoluzione del cancro esofageo, e cioè nel periodo ulceroso, l'esofagoscopia mostra l'ulcera cancerosa con tutti i suoi caratteri clinici, per cui è facilmente riconoscibile. Difficoltà diagnostiche possono sorgere in caso di *ulcus simplex*, affezione rarissima, che è concomitante a ulceri dello stomaco, e che, come risulta dall'esofagoscopia, non risiede su un tumore; od in caso di sifilide esofagea, anch'essa rara localizzazione della sifilide. Risveglierà il sospetto, l'anamnesi, e del resto l'asportazione di un piccolo pezzo del margine dell'ulcerazione, darà la certezza sull'origine dell'affezione.

La tbc. esofagea invece è sempre facilmente riconoscibile data l'insorgenza della sua localizzazione sempre secondaria a quella polmonare laringea e faringea. Nel laringe coesistono le note caratteristiche della tbc.: infiltrazioni e ulcerazioni delle aritenoidi e della regione interaritenoidea, ulcerazioni delle corde, eversione del ventricolo di Morgagni, ecc. ecc. Nel faringe

si notano i punti giallastri di Trelat risultanti dalla degenerazione caseosa di più tubercoli elementari; e già in qualche punto, di preferenza la parete posteriore del faringe e talvolta il velo pendulo, si nota la formazione di ulceri a stampo con bordi giallastri risultanti dalla fusione di detti punti di Trelat.

Durante il mio servizio al Sanatorio otto volte ho avuto l'occasione di notare in tali malati, mediante l'esofagoscopia, il diffondersi di tali lesioni faringee e laringee, alle parti iniziali dell'esofago dove l'aspetto della lesione è del tutto analogo a quello del faringe.

In tre casi di restringimenti esofagei da caustici l'esofagoscopia mostrava già nell'ipofaringe la presenza di cicatrici biancastre stellate. Tali cicatrici divenivano più numerose e irrigidivano la mucosa che in loro corrispondenza diveniva liscia lucente, fra le cicatrici la mucosa, in uno dei casi, invece di essere come negli altri due di aspetto normale, presentava delle granulazioni polipose rossastre e facilmente sanguinanti; in alcuni punti tali granulazioni divenivano così grandi, da acquistare una forma poliposa, occludere quasi il lume esofageo e produrre una vera esofagite produttiva iperplastica.

Nei tre casi da me osservati il restringimento esofageo non era di forma anulare, come viene per lo più descritto, ma era dato da sinechie della parete ant. con la post. dell'esofago: quando tale sinechia si produce su uno dei margini esofagei il lume viene spostato verso il margine opposto; in un caso la sinechia era mediana e a guisa di biopsia divideva il lume esofageo in una parte destra e una sinistra; facilmente si potè sezionare tale aderenza cicatriziale e ristabilire le condizioni normali.

Mediante l'esofagoscopia in questi casi, facilmente si può, sotto il controllo della vista, procedere al cateterismo esofageo e quindi a una graduale dilatazione.

Le altre esofagoscopie (in n. di 6) da me fatte tutte a scopo curativo, cinque furono per corpi estranei ed una per ascesso periesofageo.

*
* *

La tecnica da me usata è la seguente:

Anestesia. — Iniezione di un ctgr. di morfina mezz'ora prima dell'indagine, poi pennellature del velo pendulo del faringe della base della lingua e dell'ipofaringe con soluzione di cocaina al 10 % in numero tale da impiegare almeno 80 ctgr. o un gr. di cocaina. Il p. deve perdere assolutamente i riflessi faringei ed esofagei. La pratica mi ha istruito sul modo di fare l'anestesia: essa sarà perfetta quando il p. comincia ad avere un acceleramento del polso fino a 90-100 pulsazioni al minuto, e diviene verborroico. Infatti il p. comincia a prendere vivo interesse alla ricerca e domanda quanto durerà l'intervento, quale istrumento si adopera, come verrà fatta l'illuminazione dell'esofago, ecc. ecc.

Potrei quasi affermare, mi si permetta l'espressione matematica, che l'acceleramento del polso e la verborrea stanno all'anestesia cocainica come il riflesso corneale e la miosi stanno all'anestesia eterea.

Posizione del paziente. — Molti preferiscono la posizione di Rose: tale posizione a me pare svantaggiosa sia per il p. sia per l'operatore. Al paziente essa procura una forte congestione della testa e del collo, insopportabile a lungo; esso discende dal letto con gli occhi congesti e iniettati accusando dolore non indifferente alla nuca e talvolta anche vertigini; nella detta posizione di Rose, inoltre, i movimenti di flessione della testa, necessari a che l'esofagoscopia proceda dall'esofago cordiale in quello toracico, sono faticosi per il p., che non riesce a tenere a lungo la testa in flessione perchè ben presto si stanca. Queste considerazioni mi hanno fatto abbandonare completamente la posizione di Rose per adottarne un'altra che può essere data al p. in qualunque ambiente, col solo mezzo di fortuna rappresentato da una comune sedia da tavola.

Il p. viene fatto sedere a cavalcioni sulla sedia con la spalliera di questa fra le coscie, il petto appoggiato alla spalliera, la testa fortemente estesa è affidata ad un assistente pronto a fletterla un po', quando l'operatore lo richieda.

L'esofagoscopio, da me usato e preferito per quanto un po' antico, è l'esofago tracheo-broncoscopio di Bruning; esso, a me pare, risponde a tutte le esigenze dell'indagine senza avere nessuno svantaggio.

L'introduzione dell'esofagoscopio, come il suo progredire, debbono essere sempre sotto il controllo della vista; la manovra, come sempre, è di destrezza e non di forza.

La scelta del tubo dev'essere paragonata all'età e alla taglia del p.

L'introduzione del tubo, come ho già detto fatta sotto il controllo della vista, dev'essere anche come per un intubatore laringeo, sotto la guida del dito indice sin., che uncina la base della lingua e se può anche l'epiglottide; e spostando queste in avanti fa spazio al progredire del tubo; la testa del p. dev'essere fortemente estesa così da porre il margine dell'arcata dentaria sup. e l'orificio sup. dell'esofago su una stessa linea retta. Non appena è sorpassato il restringimento superiore cricoideo dell'esofago, se si continuasse l'introduzione del

tubo nella stessa posizione della testa del p. e nella stessa direzione o si produrrebbe una lacerazione della parete anteriore dell'esofago o il tubo, malgrado i nostri sforzi, non riuscirebbe a progredire oltre.

Ciò è dovuto al fatto che in corrispondenza della cricoide la normale lordosi cervicale, accentuata dalla forte estensione del capo, comincia a cambiarsi nella normale cifosi del dorso, cifosi che è seguìta dall'esofago; continuando quindi l'introduzione dell'esofagoscopio a testa fortemente deflessa, esso non potrebbe progredire oltre se non producendo danni non lievi. Flettendo la testa invece quanto è necessario per diminuire l'accentuata lordosi cervicale l'esofagoscopio senza alcuna difficoltà imboccherà l'esofago toracico, che potrà percorrere in tutta la sua lunghezza, fino al restringimento diaframmatico e quindi raggiungere il cardias.

Nell'esofago toracico si notano due pulsazioni che si trasmettono al manico dell'esofagoscopio, una pulsazione sup. aortica, una inf. cardiaca.

Seguendo tale tecnica ho potuto estrarre con facilità corpi estranei rappresentati da pezzi di protesi dentaria, moneta da 50 cent., frammenti ossei deglutiti, ecc. ecc.

Un caso che merita essere ricordato è il seguente: Una sig.ra nel mangiare dell'abbacchio al forno avvertì improvvisamente un dolore brusco retrosternale; da quel momento non fu più possibile alcuna ingestione di cibo. Ad ogni tentativo di deglutizione il dolore si riproduceva con gli stessi caratteri del primo momento. Il giorno seguente anche i liquidi non potevano essere ingeriti. La sera comparve febbre alta e disfonia.

In 3ª giornata dall'episodio iniziale, quando fui chiamato a soccorrere la p. l'esame obbiettivo era il seguente:

Decubito ortopnoico, dispnea rumorosa, polso frequ. ma vario, lieve cianosi delle labbra, disfagia, abbondante salivazione; la base del collo si presentava tumefatta maggiormente a sin. che a d., la pelle però di colorito normale. Nel faringe nulla.

L'esame laringoscopico mostrava lieve edema delle aritenoidi e della regione interaritenoidea, la corda vocale sin. immobile in posizione media fra adduzione e abduzione.

Qualunque tentativo di deglutizione era subito seguito da rigurgito e accompagnato da forte dolore, che la p. riferiva dietro il manubrio sternale.

Stando così le cose, si procedette all'esofagoscopia che mostrò: a cent. 25 dall'arcata dentaria sup. una tumefazione della parete ant. dell'esofago grossa quanto una susina; la mucosa che la copriva di colorito rosso scarlatto era solcata da vene ectasiche, il lume esofageo ridotto a una rima obliqua dall'avanti all'indietro e da d. a sin. L'introduzione del tubo esofagoscopio oltre tale tumefazione era assolutamente vietato dal forte dolore che provocava. L'andamento della malattia, il suo insorgere rapido, la comparsa della febbre, l'aspetto della tumefazione esofagea rilevato con l'esame endoscopico mi fecero pensare all'ascesso periosofageo, e attraverso il tubo esofagoscopico con un uncino tagliente incisi la parete della tenue fazione. Subito un fiotto di pus fetido mi ingombrò la visione e riempì in parte il tubo di Bruning. Appena inciso l'ascesso la p. potè ingerire un po' d'acqua. Nei due giorni seguenti continuò a sputare pus; la febbre cadde e l'alimentazione coi liquidi si compì senza provocare dolore.

In terza giornata con un conato di vomito la p. espulse uno stecco di rosmarino lungo cm. 2 1/2 e del diametro di poco più di un mm.

Lo stecco di rosmarino contenuto nella pietanza e deglutito aveva punto l'esofago e rimasto nello spessore delle sue pareti aveva determinato l'ascesso, inciso questo, era stato quindi espulso insieme al pus.

L'importanza del caso a me pare grande, l'apertura dell'ascesso per vie naturali è di indubbio vantaggio sulla via esterna, che oltre a lasciare cicatrici deturpanti non è scevra di pericoli fra i quali la permanenza di fistole. Importante a me pare anche il fatto che il corpo estraneo sia tornato all'esterno seguendo un cammino inverso a quello percorso. Ciò può istruire che negli ascessi periesofagei da corpi estranei basta l'incisione di essi; la ricerca del corpo estraneo è inutile quanto difficoltosa; esso sarà espulso come un corpo estraneo di qualunque altro organo attraverso l'incisione dell'ascesso da esso determinato.

Una sola volta ebbi occasione di fare una tracheo-broncoscopia.

Si trattava di un bambino, R. U., di anni 7, che nel fare uno starnuto tenendo una spilla in bocca, l'aveva aspirata. Sottoposto ad esame radiografico la spilla appariva nel bronco sin. sopra l'ombra cardiaca con la testa volta in basso, la punta in alto (fig. 1).

FIG. 1.

Il bambino non aveva nessun disturbo all'infuori di una tosse frequente e stizzosa a colpi secchi. Vista la poca urgenza del caso accettai in ospedale il piccolo paziente e rimandai la ricerca

broncoscopica dopo aver prestato le cure del caso ad un perforato gastrico, che a mio avviso aveva maggior bisogno di aiuto.

Dopo circa due ore quindi dall'indagine radiologica compiuta mi accinsi all'estrazione della spilla dal bronco sin. del piccolo.

Usai la stessa tecnica già descritta per l'esofagoscopia, omettendo però l'iniezione di morfina e non usando più di 15 ctgr. di cocaina alla stessa soluzione del 10 %. Usai il tubo broncoscopico num. 4.

Per sorpassare la glottide senza danneggiare le corde vocali scelsi il momento in cui il bambino compiva una inspirazione, percorsi col tubo tutta la trachea; arrivato alla sua biforcazione, imboccai il bronco sin. Tale manovra è di una certa difficoltà rispetto a quella per imboccare il bronco d. poichè il bronco sin. si allontana dalla trachea formando un angolo di biforcazione meno ottuso del bronco d.; infatti il bronco d. fa col piano mediano un angolo aperto in basso di 25°-30°, il sinistro invece fa con lo stesso piano un angolo di circa 40°-45°; in altri termini mentre l'obliquità del bronco destro è molto pronunciata e quasi verticale, quella del sinistro è minore e tende ad avvicinarsi alla linea orizzontale.

FIG. 2.

FIG. 3.

Per imboccare il bronco sinistro quindi è necessario ricorrere ad un artificio analogo a quello che sopra abbiamo citato per imboccare l'esofago toracico e cioè mentre per tale manovra è necessario diminuire la lordosi cervicale flettendo la testa, per ispezionare il bronco sinistro è necessa-

rio piegare il tronco verso sinistra in modo da cambiare la direzione orizzontale del bronco stesso avvicinandola per quanto più è possibile alla verticale.

Ritornando al nostro caso, eseguii la broncoscopia sinistra, ma per quanto cercassi con massima attenzione per tutta la lunghezza del bronco (circa cm. 1,50) non mi fu possibile rinvenire la spilla aspirata.

Condussi quindi nuovamente il piccolo p. ad un nuovo esame radiografico e trovai che, durante l'attesa per l'intervento, la spilla dal bronco sin. era passata nel d. (fig. 2). Un violento colpo di tosse l'aveva respinta in trachea di dove per gravità era caduta nel bronco d. dove era rimasta, mantenendo pur sempre la stessa posizione che aveva nel bronco sin. cioè con la testa in basso e la punta in alto.

Mi accingevo ad una nuova ricerca broncoscopica a d. quando per un più violento insulto di tosse il piccolo p. emise spontaneamente lo spillo (fig. 3).

Questo caso insegna:

1) che la ricerca broncoscopica dev'essere fatta subito dopo l'indagine e la localizzazione radiografica del corpo estraneo, altrimenti si corre il rischio di cercarlo ove esso più non esiste;

2) che l'indagine broncoscopica dev'essere completa come tutti gli altri esami e che non si deve esplorare un bronco alla volta.

Se io, pur non avendo trovato lo spillo nel bronco sin., come la radiografia mi suggeriva di ricercare, avessi esplorato anche il destro, forse sarei riuscito nell'estrazione.

Nel caso particolare però Madre Natura ha fatto meglio e più presto.

RIASSUNTO.

L'A. fa relazione di 31 esofagoscopie e di una broncoscopia riferendo le norme di anestesia e di tecnica e soffermandosi sui vari aspetti delle varie lesioni.

Accenna alla necessità della immediata estrazione dei corpi estranei delle vie aeree dopo l'esame radiografico.

Nei prossimi numeri pubblicheremo:

SUL TRATTAMENTO DI DUE CASI DI APPENDICITE GIÀ PRESENTATI IN ALTRE LEZIONI

Lezione clinica del Prof. G. Baggio

Direttore della Clinica Chirurgica della R. Università di Cagliari

---

LA SINDROME ADDOMINALE DESTRA

Lezione clinica del Prof. N. Leotta

Direttore dell'Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Palermo.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Patologia Medica della R. Università di Parma

diretto dal prof. Luigi Preti.

Emocromatosi e morbo di Addison.

(Contributo clinico).

Francesco Nico, allievo interno.

Nel 1882 Hanot e Chauffard descrissero una forma morbosa caratterizzata da una triade sintomatica consistente in pigmentazione cutanea e delle mucose, cirrosi epatica e diabete. A questa sindrome gli AA. diedero il nome di diabete bronzino. Più tardi furono pubblicate osservazioni cliniche del genere e fu osservato che talvolta si possono avere delle forme fruste per mancanza di uno dei tre sintomi fondamentali. Studi più recenti descrivono la forma morbosa col nome di emocromatosi.

È questa una malattia molto rara. L'eziologia non è sufficientemente conosciuta. Alcuni autori ritengono l'alcool come una delle principali cause, ma, in molti casi, questo fattore non risulta.

Al tavolo anatomico il fegato appare ipertrofico, di colorito rosso scuro, con la superficie liscia e la consistenza lievemente aumentata. Istologicamente si nota una notevole produzione di connettivo sclerotico. Caratteristica è la presenza di granuli di pigmento ferruginoso di colorito rosso bruno detto « rubigina » da Auscher e Lapicque, infiltrante le cellule epatiche, le cellule stellate di Kupfer, e, talvolta, le travate connettivali.

La milza si presenta anch'essa lievemente aumentata di volume, sclerotica, ricca di macrofagi contenenti granuli di rubigina.

Anche il pancreas si presenta alterato con segni di sclerosi perilobulare e degenerazione degli elementi parenchimali, accentuata negli isolotti del Langerhans.

Nello strato basale dell'epidermide, si riscontra una grande quantità di pigmento, detto melanina, privo di ferro e contenente zolfo, che, secondo l'Angeli, deriverebbe da condensazione e ossidazione di nuclei pirrolici.

Per quanti studi siano stati fatti sul processo patogenetico della cirrosi pigmentaria, pur tuttavia esso si presenta ancora intricato.

A spiegare l'enorme infiltrazione del fegato e degli altri organi viscerali da parte di un pigmento ferruginoso di probabile origine ematica, si è avanzata l'ipotesi di un'intensificazione dei processi emolitici come si potrebbe dedurre dalle lesioni spleniche che si riscontra-

no. Si è però visto che l'emolisi non è di grado tanto elevato da poter da sola spiegare l'infiltrazione pigmentaria. Hanot e Chauffard ritengono che la causa prima dell'emocromatosi dipende da un aumento dell'attività del fegato, che fabbricherebbe e riterrebbe maggior quantità di pigmento; altri invece ritengono che l'alterazione epatica consista in un difetto di eliminazione di pigmento che verrebbe a depositarsi in grande quantità negli organi. Occhioni sostiene invece che l'alterato ricambio del ferro dipende dalla milza. Sono state fatte in proposito numerose esperienze iniettando sali di ferro in animali precedentemente splenectomizzati, dalle quali è risultato che non si ha mai un forte accumulo di ferro nel fegato, come si nota nell'emocromatosi, per cui non si può attribuire tutta la causa del diabete bronzino soltanto alla milza.

Si è cercato di spiegare il diabete con una insufficienza glicogenetica del fegato e insufficienza degli isolotti del Langerhans.

L'infiltrazione melanotica della cute, è attribuita ad un processo di iperemolisi, che mette in libertà notevole quantità di emoglobina da cui pare abbia origine la melanina.

L'insorgenza è variabile. A volte, sebbene raramente, è la pigmentazione bruno ardesiaca della cute, più spiccata al volto, al dorso e alle mani, che colpisce il paziente. Altre volte sono i disturbi digestivi e un lieve senso di peso all'ipocondrio destro, che insorgono per prima. Obbiettivamente si nota melanodermia più spiccata nelle regioni sopra descritte: raramente sono colpite le mucose della lingua e delle guance. L'addome si presenta generalmente meteorico; talvolta replezione delle vene sottocutanee e ascite. Il fegato il più delle volte è ipertrofico, a superficie liscia e consistenza lievemente aumentata. La milza appare poco aumentata di volume.

Molti si sono preoccupati di differenziare questa forma morbosa dal morbo di Addison, il quale pure ha come caratteristiche la melanodermia. Si andò in cerca quindi di segni clinici e di dati di laboratorio sui quali basare una diagnosi differenziale.

Fu trovato infatti che il morbo di Addison ordinariamente presenta melanodermia, ipotensione arteriosa, ipoglicemia, aumento della tolleranza verso gli idrati di carbonio.

Però, anche nel morbo di Addison sono stati descritti dei casi frusti, nei quali mancava o l'ipoglicemia, o l'ipopressione, o la diminuita tolleranza verso gli idrati di carbonio; costante sempre però il sintomo melanodermia.

Da quanto si è detto si deduce facilmente quanto riesca spesso difficile il formulare una diagnosi precisa.

Recentemente il Dworak, in un caso di emocromatosi attentamente studiato, ha potuto osservare un tasso elevato di colesterina nel sangue, e ritiene che questo sia un segno di grandissima importanza differenziale. È noto infatti che nel morbo di Addison si ha invece costantemente una diminuzione del tasso colesterinico del sangue. L'opinione è stata ancora recentemente condivisa da Schnitter, il quale pure ritiene che il tasso colesterinico sia forse l'unico segno di valore clinico, per la differenziazione dell'emocromatosi dalle altre malattie pigmentarie.

Un caso del genere è occorso di osservare nella nostra Clinica, e per consiglio del mio direttore mi propongo di illustrare.

F. Anita, di anni 43, massaia, maritata con prole, da Langhirano. Il padre è morto a 53 anni di malattia di cuore. La madre è vivente e sana. Un fratello morì in tenera età per cause, che la paziente non sa precisare. Ha una sorella vivente e sana.

Ebbe allattamento materno; normali i primi atti fisiologici; mestruò a 14 anni e d'allora le mestruazioni furono sempre regolari per qualità, quantità ed intercorrenza.

Sposatasi a 20 anni con un uomo apparentemente sano, ebbe 4 gravidanze tutte condotte regolarmente a termine.

Da piccola sofferse spesso di tonsilliti. A 33 anni fu operata di mastite destra. A 38 anni fu ricoverata in clinica ginecologica per abbondanti perdite sanguigne dai genitali, e fu curata con diatermia migliorandone alquanto.

Cinque mesi or sono, nel luglio del 1932, la paziente notò la comparsa di macchie di colorito bruno sulle labbra e sulla lingua: le gengive si fecero dolenti e i denti incisivi superiori cominciarono a fratturarsi per minime cause; sete intensa.

All'entrata in clinica la paziente presentava: normale costituzione scheletrica; nulla a carico delle articolazioni; masse muscolari poco sviluppate; scarso pannicolo adiposo; modico ingrossamento delle linfoghiandole inguinali; cute di colorito bronzino diffuso a tutto il corpo, maggiormente apprezzabile al volto, alle areole mammarie, sulla superficie dorsale delle mani. Degne di nota sono alcune placche di colorito bruno ardesiaco, di grandezza variabile, da un grano di miglio ad un seme di lenticchia, che si osservano sulla superficie dorsale della lingua e sulla mucosa delle guance.

Nulla alle tonsille e al mesofaringe; nulla di notevole a carico dell'apparecchio respiratorio.

Il cuore è nei limiti fisiologici: toni ritmici, puri, su tutti i focolai d'ascoltazione.

Nulla degno di nota a carico dell'addome, il margine inferiore del fegato non si palpa sotto l'arco costale sul prolungamento dell'emiclaveare. Superiormente alla percussione arriva alla quinta costa sull'emiclaveare; consistenza lievemente aumentata. La milza non si palpa sotto l'arco costale; percussoriamente, il polo superiore arriva all'ottava costa sull'ascellare posteriore; anteriormente giunge all'ascellare media.

Esame urina: reaz. acida; dens. 1024; alb. assen-

te; urob. assente; pig. biliari assenti; sedimento: cellule piatte di sfaldamento.

Esame sangue: gl. rossi 4,000.000; gl. bianchi 7000; formula leucocitaria: neutr. 68; eos. 1; linf. 25; grandi monon. 6.

Reazione Wassermann: negativa; cutireazione: positiva (++); bilirubinemia indiretta: 0,2 unità; diretta assente (Hy. Van Den Berg).

Nel nostro caso, il modo d'insorgere della malattia, con pigmentazione cutanea, astenia, inappetenza e dolori alla regione lombare, ci faceva pensare che si trattasse di un morbo di Addison. Allo scopo di chiarire la diagnosi, siamo ricorsi ad altri esami. L'esame radiografico delle capsule surrenali, non mise in rilievo alcun segno patologico, come per es. segni di calcificazione che molto spesso si riscontrano nel morbo di Addison. Abbiamo allora preso in considerazione il comportamento della glicemia e della tolleranza della paziente verso gli idrati di carbonio. La glicemia a digiuno era di gr. 1,28-1,30 ‰; quindi esisteva a digiuno una moderata iperglicemia. Questo dato già cominciava a deporre contro una forma di morbo di Addison, il quale decorre, come si sa, con ipoglicemia.

Inoltre, stablita la glicemia a digiuno, abbiamo somministrato gr. 1 di glucosio per kg. di peso, ed abbiamo visto che la glicemia dopo mezz'ora si elevava a gr. 2,15 ‰; dopo un'ora diminuiva a gr. 1,85 ‰; dopo due ore a gr. 1,15 ‰; valore pressochè normale.

Le urine esaminate dopo la somministrazione di glucosio, presentavano tracce evidenti di zucchero.

Questa ricerca dimostra che esisteva nella nostra paziente una diminuita tolleranza verso gli idrati di carbonio, perchè, in condizioni normali, la somministrazione di gr. 1 di glucosio per kg. di peso, non determina mai eliminazione di glucosio con l'urina. Tutto ciò induceva ad escludere il morbo di Addison nella nostra paziente, poichè nell'addisoniano si ha quasi sempre un aumento della tolleranza per gli idrati di carbonio. Escluso il morbo di Addison pensammo all'emocromatosi, nella quale si ha una diminuzione della tolleranza verso gli idrati di carbonio.

Preso in considerazione il comportamento della pressione arteriosa, abbiamo potuto osservare che essa si manteneva intorno ai 120-125 mm. di Hg., valori, com'è facile constatare, piuttosto alti per poter pensare ad un morbo di Addison, e in seguito a somministrazione di adrenalina e di preparati corticali tale pressione raggiungeva i 145 mm. di Hg.

Abbiamo voluto provare il comportamento della pressione arteriosa in seguito a iniezione di istamina. È noto che l'iniezione di 1/2 mgr. di istamina determina un modesto abbassamento della pressione arteriosa negli individui normali, mentre nel morbo di Addison l'abbassamento è cospicuo da produrre talvolta uno stato di collasso da ipopressione. Nella nostra paziente la prova ha dato i risultati che qui riporto:

Pressione arteriosa Mx. prima della prova dell'istamina: 145 mm. Hg.

Pressione arteriosa Mx. 2 m' dopo la prova dell'istamina: 135 mm. Hg.

Pressione arteriosa Mx. 4 m' dopo la prova dell'istamina: 135 mm. Hg.

Pressione arteriosa Mx. 1/4 d'ora dopo la prova dell'istamina: 135 mm. Hg.

Come si vede dai dati sopra riportati, la pressione arteriosa della nostra paziente, ha subìto una modestissima diminuzione dopo l'iniezione di mgr. 1 di istamina. Anche questa prova, dunque, deponeva contro il morbo di Addison, avvalorando sempre più la nostra ipotesi che si trattasse di emocromatosi.

Abbiamo infine preso in considerazione il tasso colesterinico del sangue, che, come ho già detto, ha un grande valore nel differenziare il morbo di Addison dall'emocromatosi. Nel primo si ha ipocolesterinemia, nel secondo si ha invece ipercolesterinemia.

In diverse determinazioni di colesterina sul sangue della nostra paziente, in giorni diversi, il tasso colesterinico si è manifestato quasi il doppio del normale, raggiungendo mmg. 190-200 %. Questo dato quindi ci faceva escludere il morbo di Addison e portava un contributo decisivo per orientarci verso un'emocromatosi.

RIASSUNTO.

La nostra paziente da circa cinque mesi ha cominciato a osservare la comparsa di chiazze di color bruno ardesiaco sulla lingua e sulla mucosa delle guance, mentre contemporaneamente la cute del volto e di alcune parti del corpo assumeva un colorito bruno tendente al bronzino.

Gli esami di laboratorio hanno messo in evidenza una modica e costante iperglicemia, una diminuzione notevole della tolleranza verso gli idrati di carbonio, e una pressione arteriosa nei limiti fisiologici.

Dopo un'iniezione di mgr. 1 di istamina, la pressione arteriosa non ha subìto notevole variazione (mm. 10 di Hg. in media).

Il tasso colesterinico nel sangue è quasi il doppio del normale.

Dai dati riportati noi siamo indotti a porre la diagnosi di emocromatosi, non ancora in

istato conclamato, perchè nel nostro caso non è ancora comparso il diabete; pur esistendo però segni premunitori, quali l'iperglicemia, la diminuita tolleranza verso gli idrati di carbonio.

BIBLIOGRAFIA.

D'AMATO. *Cirrosi pigmentaria diabetica.*

DWORAK R. *Zur Kenntnis der Hämochromatose.* Münch. med. Wschr., 1929, 1, 743-745.

MONTGOMERJ, HAMILTON, AND PAUL A. O' LEARJ. *Pigmentation of the skin in Addison's disease acanthosis nigricans and hemochromatosis.* Arch. of Dermat., 28, 970-894, 1930.

PRETI. *Anemia aplastica, pseudoaplastica ed anemia aplastica con pigmentazione della cute e e delle mucose.* Il Tommasi, anno VI, n. 30, 1911.

SCHNITTER. *Zur Abgrenzung der Addisonschen Krankheit von Hämochromatosen.* Münch. med. Wschr., 1931, 1, 437.

L'ATTUALITÀ MEDICA

Sulla vaccinazione preventiva della tubercolosi con il B. C. G. somministrato per via boccale negli adolescenti e negli adulti non allergici.

(A. CALMETTE, *Presse Méd.*, 11 marzo 1933).

Il metodo di Calmette per la vaccinazione dei bambini non ancora infetti da tubercolosi, è entrato rapidamente nella pratica, non solamente in Francia, ma anche in molti altri paesi. Era importante cercare di estendere i benefici di questa somministrazione ai soggetti di diversa età che, essendo sfuggiti alle occasioni di contagio nel corso della loro prima esistenza, rischiavano di trovarsi in presenza di una sorgente di contagio non prevista. Naturalmente non si possono considerare vaccinabili che i soggetti apparentemente indenni da ogni lesione tubercolare anche occulta e non allergici, cioè non reagenti alla tubercolina.

Tale immunizzazione è stata realizzata da numerosi pediatri, con il metodo delle iniezioni sottocutanee o intradermiche, ma la vaccinazione per iniezione è sempre difficilmente accettata dalle famiglie, cosicchè importava di stabilire se il BCG somministrato per via buccale in tutte le età conserva la sua efficacia preventiva.

Essendo impossibile eseguire ricerche di questo genere in Europa, dove l'infezione tubercolare è quasi generale e dove, nell'età adulta, quasi la totalità dei soggetti reagiscono alla tubercolina, sono state eseguite esperienze nell'Africa equatoriale, dove si trova ancora una grande maggioranza di non allergici.

A Bazzaville 149 soggetti sono stati vaccinati per via buccale. Tre mesi dopo 82, cioè il 55 %, reagivano alla tubercolina. La proporzione dei vaccinati per via buccale divenuti allergici in tre mesi, era del 10 % superiore a quella dei vaccinati per via sottocutanea in una esperienza anteriore del 1931.

I 63 non reagenti, furono vaccinati di nuovo con ingestione delle stese dosi. Tre mesi dopo 16 di essi reagivano positivamente alla tubercolina.

In tutto, su 149 vaccinati per via buccale, 98, cioè il 65,8 %, hanno manifestato il loro stato di immunità, dopo 3 mesi per 82 e dopo 6 mesi per 16.

Questo risultato dimostra che sarà possibile vaccinare praticamente i soggetti di razza nera, non reagenti alla tubercolina, facendo loro assorbire sia la stessa dose di BCG che si dà ai neonati, cioè 3 centigr. in tre ingestioni, sia una sola dose di 5 o 10 centigr. Quest'ultima dose ed anche dosi più forti, fino ad 1 gr., sono perfettamente inoffensive.

Niente dunque si oppone a che questo metodo sia impiegato per allergizzare in Europa ed in America i bambini di età da frequentare le scuole, fra i quali i non allergici sono fortunatamente ancora assai numerosi, ed anche i soggetti di origine rurale, non allergici, che affluiscono nelle città.

Ma una delle applicazioni più utili e che bisognerebbe immediatamente considerare, è quella che si potrebbe fare al personale dei servizi ospedalieri, agli infermieri chiamati a servire nei sanatori, o nei servizi di tubercolosi, e agli studenti in medicina.

Esperienze in questo senso sono state eseguite in Norvegia sin dal 1927 con ottimi risultati, cosicchè è da ritenere che la larga applicazione del metodo possa anche in questo campo salvare delle vite umane, fra le più preziose dal punto di vista sociale.

C. TOSCANO.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DIGERENTI.

Stomaco biloculare per ulcera.

(GOSSET e LOEWI. *Presse méd.*, n. 11, 1933).

Gli AA. riportano le conclusioni di uno studio di 42 ammalati di stomaco biloculare per ulcera gastrica operati alla Clinica chirurgica della Salpétrière dal 1921 al 1931.

Etiologia. Sesso. La stenosi medio-gastrica è di gran lunga più frequente nella donna che nell'uomo su 42 casi, 40 erano costituiti da donne e 2 soli da uomini. Fatto questo tanto più rimarchevole in quanto è ben dimostrato che l'ulcera medio-gastrica è piuttosto una affezione del sesso maschile che del sesso femminile.

Sintomatologia. È notevole la lunga evoluzione della malattia ulcerosa che ha preceduto la biloculazione: su 39 ammalati 36 avevano una storia lunga da più di dieci anni e precisamente 21 da più di quindici anni; 12 da più di venti anni; 5 da più di trenta anni; fra queste ultime cinque vi era una storia di trentatre anni, una di trentasei, e una di quarantacinque anni!

Tre ammalati avevano una storia relativamente breve da due a cinque anni. In uno di questi in cui la storia non sorpassava due anni l'ulcera voluminosa non potè essere resecata e l'inferma morì due anni dopo con segni di trasformazione neoplastica. Si deve dunque diffidare di una storia breve.

Anatomia patologica. La stenosi si forma a livello dell'ulcera della piccola curvatura o poco più in alto. A causa della sua situazione alta questa biloculazione potrebbe passare inosservata se non la ricercassimo espressamente a sinistra sotto le false coste.

Si viene a costituire una tasca cardiaca isolata a contenuto altamente acido; una specie del processo che avviene in una gastroenterostomia difettosa con esclusione pilorica ove se per una qualunque ragione, strettezza della bocca anastomotica, cattiva direzione dell'ansa efferente e conseguente stasi, si costituisce una iperacidità non neutralizzata, si trovano riunite le condizioni per lo sviluppo di un'ulcera anastomotica. Queste condizioni spiegherebbero la frequenza dell'infiammazione spesso osservata a livello della tasca superiore e l'esistenza di una serie di ulcere a livello della stenosi. In un decimo dei loro casi gli AA. hanno osservato l'esistenza di una seconda ulcera pilorica o duodenale.

Sono state spesso osservate briglie epiploiche incrocianti la faccia anteriore dello stomaco fissantisi a livello dell'ulcera esse contribuiscono ad aggravare la stenosi.

Per quanto riguarda la cancerizzazione di queste ulcere essa deve ritenersi non così frequente come vogliono le statistiche americane tuttavia essa è stata riscontrata dagli AA. nella proporzione del 10 %.

Circa la possibilità di riconoscere questo dato prima dell'intervento operativo non esistono segni certi, anche il riconoscimento operatorio è difficile.

Dati di presunzione sono costituiti da una storia breve e da esami radiografici rivelanti ulcerazioni larghe 2 cm. e più. Tuttavia errori in questo campo sono all'ordine del giorno.

Operazione e controlli a lunga scadenza. Si sono avute su 42 operati due morti operatorie: una per polmonite in 13ª giornata una per embolia in nona giornata. Dei 40 sopravvissuti una è morta dopo parecchi anni per peritonite tubercolare; un'altra parecchi mesi dopo lo intervento in seguito a crisi asmatiche; un'altra non ha risposto. 37 operati sono stati seguiti fino al 1932. Complessivamente non tenendo conto dell'atto operatorio che è stato salvo due casi costituito da un intervento di derivazione si sono avute 28 guarigioni e 9 insuccessi. Questi ultimi sono stati causati cinque volte dall'evoluzione dell'ulcera, una volta da un'ulcera peptica, due volte da trasformazioni neoplastiche; in un caso la morte è sopravvenuta parecchi mesi dopo l'operazione senza che si sia potuto precisarne le cause.

Delle 28 guarigioni: 18 persistono da più di cinque anni e 10 da più di 9 anni.

Per quanto si riferisce alla natura dell'intervento sono state eseguite 13 gastroenterostomie; 21 gastro-gastrostomie; 6 gastroplastiche sole o combinate con escissione dell'ulcera; 2 resezioni gastriche.

Le 13 gastro-enterostomie sono state fatte per le cattive condizioni generali del malato e per l'impossibilità di poter fare a causa delle condizioni locali una gastro-gastrostomia. 10 sono state posteriori e 3 anteriori. Quest'ultime sono state fatte perchè aderenze della faccia posteriore dello stomaco non hanno permesso una gastro enterostomia posteriore.

10 ammalati hanno potuto essere seguiti. I risultati sono 6 guarigioni e 4 insuccessi: due dovuti all'evoluzione dell'ulcera, una delle quali è stata bene per sei anni e poi avendo avuto nuovamente disturbi è stata operata di resezione larga con ottimo esito; in un terzo caso si è manifestata un'ulcera peptica che ha dovuto essere trattata mediante ampia resezione; nel quarto caso si è manifestato un cancro nove anni dopo una gastro-enterostomia anteriore.

Le 21 gastro-gastrostomie hanno costituito la operazione di scelta tutte le volte che è stato constatato un piloro pervio e purchè vi fosse abbastanza stoffa sulla parete anteriore delle due sacche sì da poter fare delle stomie abbastanza ampie. Esse hanno dato 15 guarigioni e 4 insuccessi. Questi sono avvenuti in un caso per stenosi della bocca anastomotica; in un altro per la continuazione del processo ulcerativo accompagnato da emorragie; un'altra per

degenerazione neoplastica e l'ultimo caso è morto, senza poter precisare come, un anno dopo l'operazione.

Le sei gastroplastiche sono state fatte quattro volte isolate; due volte accompagnate ad escissione dell'ulcera. Cinque operati stanno bene da più di tre anni in uno non si è avuto nessun miglioramento. Non è stata notata differenza fra i casi in cui è stata estirpata l'ulcera e quelli in cui ciò non è stato fatto. Quest'operazione è possibile quando l'ulcera è accessibile e il tessuto cicatriziale non è troppo abbondante o la stenosi è semplicemente lineare.

Le due resezioni gastriche, una anulare e una gastrectomia secondo Finsterer, hanno dato ambedue una guarigione completa.

Sono state fatte inoltre due gastrectomie secondarie in due ammalati che non erano stati migliorati da una gastrenterostomia posteriore e questi ammalati sono anch'essi guariti.

Indicazioni operatorie. In base ai risultati ottenuti gli AA. schematizzano in tal modo le indicazioni operatorie:

1) Bilocilazione dovuta ad ulcera piccola accessibile mobile o poco aderente mediogastrica in malato in buone condizioni generali: a gastrectomia è indicata.

Se il malato è in condizioni generali gravi la gastro-gastrostomia sarà la più benigna di tutte le operazioni di derivazione purchè vi sia sufficiente stoffa sulla parete anteriore delle due tasche da poter fare una stomia larga.

In alcune circostanze ben definite ulcera situata anteriormente, stenosi lineare, la gastroplastica con o senza escissione dell'ulcera può essere utile.

La gastro-enterostomia della tasca superiore non sarà fatta che come ultima ratio in caso di lesione pilorica concomitante.

2) Biloculazione antica con ulcera callosa esteso indurimento, gran cratere, occorre in questi casi asportarla; la gastrectomia se il malato è in condizioni generali discrete è ancora l'operazione di scelta. La gastro-gastrostomia può rendere ancora qualche servigio mettendo la tasca superiore a riposo e facilitando la resezione in secondo tempo.

Concludendo gli AA. consigliano la gastrectomia larga in tutti i casi di ulcere mediogastriche con biloculazione siano piccole siano ulcere grandi callose purchè le condizioni generali e locali lo permettano. Se lo stato generale non lo permette o se l'ulcera è inaccessibile si dovrà ricorrere alla gastro-gastrostomia che è il migliore dei metodi di derivazione.

B. PAGGI.

La stenosi pilorica da ipertrofia muscolare nell'adulto.

(P. HARVIER e R. DE BRUN. *Paris Méd.*, 25 febbraio 1933).

Da quando è nota la stenosi pilorica ipertrofica dei lattanti è ammesso come una verità dimostrata che anche nell'adulto ogni stenosi ipertrofica debba essere di origine congenita. È questo, secondo gli AA., un errore, in quanto esistono diverse varietà di stenosi ipertrofiche dell'adulto. Per distinguerle le une dalle altre l'esame macroscopico non è sufficiente, solo l'istologia può servire di criterio.

Le caratteristiche essenziali della stenosi infantile, come risultano dai casi già pubblicati e da una osservazione degli AA., consistono nella integrità della mucosa e della sottomucosa che non è sede di alcuna proliferazione di tessuto fibroso, ipertrofia della muscolare, integrità della sierosa e della sottosierosa. Macroscopicamente, ipertrofia regolarmente cilindrica e anulare.

Questi caratteri sono indispensabili perchè si possa parlare di stenosi congenita e permettono di distinguere questa forma di stenosi da altre in cui si constata ipertrofia e sclerosi della sottomucosa e della sottosierosa, cioè una sclerosi ipertrofica della regione pilorica.

La stenosi ipertrofica del piloro dell'adulto di osservazione eccezionale, comprende dunque due forme. la sclerosi ipertrofica del piloro e la stenosi da ipertrofia muscolare, a carattere congenito.

L'identità istologica fra la stenosi da ipertrofia muscolare congenita dell'adulto e quella del neonato fanno pensare che si tratti della stessa affezione. Ma, quando la si constata nell'adulto, l'affezione si è costituita in età avanzata oppure rimonta all'infanzia e si è solo risvegliata tardivamente dopo un lungo periodo di latenza? Alcune particolarità, rilevabili nell'anamnesi degli infermi, fanno propendere piuttosto verso questa seconda ipotesi.

Quanto alla frequenza della stenosi congenita, essa è forse maggiore di quanto non faccia supporre la eccezionale rarità delle osservazioni. Probabilmente un certo numero di tali stenosi, in ragione della possibile lunga latenza, passano inosservate.

L'affezione sembra prediligere il sesso femminile, contrariamente a ciò che si verifica per i lattanti. I primi disturbi compaiono in età variabile, più spesso all'età media della vita, fra i 40 ed i 60 anni, e l'inizio può verificarsi in piena salute apparente, senza alcun disturbo digestivo antecedente. Alcune volte l'inizio reale è preceduto da una dispepsia di apparenza banale.

Dal momento in cui l'affezione si manifesta chiaramente, essa evolve in modo irrimediabilmente progressivo, senza remissioni, in un periodo corto (3-6 mesi in generale, talora fino a 2 anni). Si presentano segni gastrici, rappresentati da una recrudescenza di una dispepsia già esistente, e segni di denutrizione rapida che portano alla cachessia e impongono l'intervento. È questo il segno dominante dell'affezione, essendo tutti gli altri segni che possono presentarsi (pesantezza gastrica, vomiti alimentari) incostanti e non molto spiccati.

Il sondaggio gastrico dà generalmente una

piccola quantità di liquido contenente talora residui alimentari riconoscibili; altre volte dà forti quantità di liquido con numerosi residui alimentari.

L'esame chimico dimostra talora assenza di HCl libero e presenza di sangue, ciò che contribuisce ad accentuare l'analogia con il cancro.

L'esame radiologico dimostra un restringimento uniforme e regolare del piloro, che prende un aspetto tubulare per una lunghezza di 2-4 cm.; l'atropina non modifica questa immagine. Questo aspetto del piloro non è però facile a mettere in evidenza; qualche volta non si vede che mettendo l'infermo in posizione declive e scompare in posizione verticale.

L'intervento chirurgico ha un'efficacia immediata e definitiva qualunque sia il procedimento operatorio adottato: pilorectomia, gastro-enterostomia o pilorotomia longitudinale.

Quali siano le ragioni per le quali l'affezione, dopo lunga latenza, assuma l'andamento evolutivo descritto, noi non sappiamo, dato che a questo mutamento nel decorso non corrisponde alcuna variazione dei caratteri anatomici della lesione. C. TOSCANO.

La ptosi gastrica e la sua ripercussione duodenale.

(JAIME VIGNOLI. *El Dia Médico*, gennaio 1933).

Moody, Van Nuys e Chamberlain, esaminando 600 giovani studenti, che non avevano mai presentato alcun disturbo gastro-intestinale, hanno trovato che il limite inferiore dello stomaco, in posizione ortostatica dell'individuo, è in media a 2 1/2 cm. al di sotto della linea bicrestoiliaca, per i maschi, e da 4 a 7 nelle femmine. Si contesta loro, però, che questa statistica non è giusta, perchè fatta su individui in via di sviluppo e non già adulti.

Per l'A. questi limiti sono già indice di ptosi gastrica. Egli studiando accuratamente 153 gastroptosici ha osservato che questi pazienti soffrivano non per la ptosi ma per la ripercussione duodenale di cui erano affetti, e che li costringeva a chiedere ricovero all'ospedale.

Secondo l'A., i disturbi duodenali dipendono in gran parte dallo stato di fissità e dalla situazione elevata del duodeno. Rimanendo fissa la 1ª porzione del duodeno, il bulbo, attratto dal peso dello stomaco ptosico, prende una direzione verticale, parallela alla 2ª porzione duodenale e con ciò risulta una accentuazione del « genu superius » che resta fisso a livello della 1ª-2ª lombare; questa anormalità provoca difficoltà nel transito, col tempo sopravviene una stasi bulbare e in seguito la parete della 1ª porzione atonica si lascia dilatare; la stasi provoca una duodenite, prima tappa verso l'ulcera duodenale. Il dolore nella regione duodenale e l'indagine radiologica della permanenza prolungata della sostanza opaca nel bulbo ci indirizza sulla diagnosi. Dalla duodenite si può passare poi alla periduodenite.

Quando poi l'angolo duodeno-digiunale (Treitz) conserva la sua posizione anatomica normale, si ha una dilatazione abnorme del duodeno al disopra del « genu inferius », per chiusura di questo angolo, con stasi totale del duodeno, cefalea, albuminuria e stati di depressione.

Infine si può avere l'*inversione duodenale*, conseguente all'ingrandimento esagerato del duodeno.

Trascinato dal piloro il bulbo discende collocandosi al di sotto dell'angolo duodeno-digiunale; così il transito nella 2ª porzione si fa dal basso all'alto.

Importante è perciò una diagnosi precoce onde adottare una terapia profilattica che molto spesso dà buoni risultati e che consiste nel contenere lo stomaco ptosico con una fascia addominale, diatermia, e sopralimentazione per aumentare il grasso intraddominale. Come indicazione operatoria si consiglia l'operazione di Parthes, cioè la gastropessia.

NUNZIO DI PAOLA.

NEUROLOGIA E PSICHIATRIA.

Diagnosi differenziale delle più frequenti malattie mentali con speciale riguardo alla paralisi progressiva.

(A. PLICZ. *Wiener Klin. Wochenschrift*, 10 marzo 1933).

Lo stadio prodromico della *paralisi progressiva* offre un quadro di neurastenia: irritabilità, difficoltà di pensiero, disposizione depressiva, disturbi del sonno, cefalea talora a tipo di emicrania. Sospetta, in questo stadio, è la mancanza di una netta eziologia per la neurastenia (strapazzi, convalescenza da malattie gravi, costituzione neuropatica, ecc.), e, per l'emicrania, la mancanza di questa nell'anamnesi precedente.

Per quanto riguarda l'esame, si ha: reperto umorale completo (reazione di Wassermann positiva nel siero e nel liquor, pleocitosi, aumento di albumina e di globulina, curva tipica delle reazioni colloidali); quasi sempre modificazioni della pupilla (anisocoria, deformazione, diminuzione o scomparsa della reazione alla luce, mentre è conservata quella alla convergenza ed all'accomodazione).

Da questo stato prodromico, si passa a quello iniziale caratterizzato da aggravamento nelle sbadataggini e della diminuzione della memoria, abbassamento della facoltà critica, mancanza della coscienza della malattia, abnorme stanchezza, ottusità degli affetti, contrastante con esplosioni non contenute di irritabilità; occasionalmente, segni di eccitazione maniaca (mania di scialare, bramosie sessuali), coloriti sempre più da segni caratteristici demenziali.

Ai segni organici sopra accennati, si aggiungono caratteristici disturbi della parola e dello scritto, disturbi di coordinazione nel campo della psicomotilità. Talora, già in questi primi stadî, si hanno attacchi apoplettiformi che rapidamente retrocedono, attacchi epilettici del tipo jacksoniano. Le cefalee sono frattanto cessate.

Nella *demenza senile*, soffre maggiormente la capacità di imprimere nella memoria più che quella di riprodurre, sicchè la memoria dei fatti e delle persone di un tempo lontano rimane integra, mentre quelli recenti vengono rapidamente dimenticati. Si arriva a falsificazioni di ogni specie dei ricordi. I malati sono suggestionabili. Nella vita affettiva, aumento di irritabilità, egoismo, ipocondria, perdita del sentimento altruistico. Non raramente cambiamenti in peggio del carattere, specialmente in conseguenza di un risveglio senile della libido, con progetti di matrimoni sconvenienti, attentati a bambini, delirio di gelosia.

Tali cambiamenti di carattere si hanno già ad un periodo in cui si trovano soltanto tracce dei difetti intellettuali.

Dal punto di vista organico, spesso si ha combinazione di modificazioni arteriosclerotiche, più tardi gerontoxon, cute giallognola, atrofica, ecc. Però non vi è parallelismo fra cambiamenti somatici e psichici. Nel linguaggio, vi sono per lo più disturbi amnesici-afasici ed uso di vocaboli pleonastici in luogo dei sostantivi, assenti.

Lo stadio precoce delle *modificazioni cerebrali arteriosclerotiche* si presenta ugualmente con sintomi di neurastenia, per la quale come nel caso della paralisi progressiva, manca l'elemento eziologico, sicchè si è giustificato il sospetto di un più profondo disturbo cerebrale. All'opposto della paralisi progressiva, però, si ha spesso la sensazione di malattia, talora a tipo nettamente ipocondriaco. I disturbi della memoria costituiscono una caratteristica, come per la demenza senile. Non raramente si hanno quadri depressivo-melanconici che però, per la mancanza di antecedenti attacchi maniaco-depressivi e per la più facile influenzabilità, si distinguono dalla vera melanconia.

Dal punto di vista neurologico-somatico, si hanno quasi costanti cefalee che aumentano con gli sforzi del torchio addominale; inoltre vertigini o fenomeni emilaterali di ogni specie dei riflessi, permanenti o ad accessi o disturbi afasici, ecc. Spesso, ma non sempre, ipertonia e rene grinzo arteriosclerotico. Reazioni pupillari per lo più presenti, ma uniformemente diminuite nella rapidità e nell'ampiezza delle escursioni, per quanto riguarda quelle alla luce ed alla convergenza.

Gli stadî precoci della *paranoia* hanno un carattere ipocondriaco-neurastenico. Non raramente questi individui mostrano una preferenza per certe attività ben lontane dalle loro abitudini mentali e professionali, cioè per la meriva alla diffidenza ed alla sospettosità; ogni avvenimento o fatto innocente viene interpetrato in senso ostile. I malati si ritengono beffeggiati, osservati, seguiti, calunniati; sospettano di un dato individuo come il promotore di ogni sorta di persecuzioni; gradatamente, la cerchia dei supposti nemici si allarga e si arriva ad un delirio di persecuzione sistematizzato. Mancano tipiche modificazioni organiche.

Le *schizofrenie* (demenza precoce) si mostrano molto diverse allo stadio iniziale. Non manca mai un ottundimento della sfera affettiva che si esplica in una serie di casi, con quadri di pazzia morale, ripulsione al lavoro, perdita di ogni senso di ritenutezza, brutalità, bassi impulsi che vengono appagati senza ritegno. Questi giovani si mostrano solitari e senza amici. In questo stadio, le capacità intellettuali non mostrano ancora gravi difetti. In alcuni casi, invece, sono intaccate anche le facoltà intellettuali; gli scolari che erano un tempo fra i migliori, diventano ottusi, perdono ogni interesse per gli studi o per le preferenze di un tempo.

Talvolta, sono degli stati ipocondriaco-neurastenici che rendono tali pazienti incapaci di lavorare e di godere la compagnia; spesso i timori ipocondriaci toccano la sfera sessuale. La sfera affettiva è straordinariamente vuota, superficiale, ottusa; spesso vi è una caratteristica sproporzione fra il contenuto immaginativo e l'esteriorizzazione degli affetti.

In altri casi, vi sono un rinforzo ed una deformazione di certe particolarità dell'età pubere, nel senso di un'impertinente opposizione all'autorità, un modo manierato di parlare e di comportarsi, un dilettantismo infantile per tutte le arti possibili senza curarsi di acquistare le cognizioni tecniche, l'occuparsi di filosofia, di spiritismo, di astrologia, ecc. Talvolta, delle azioni senza senso a tipo di raptus; ma sempre di nuovo, la freddezza del sentimento. Occasionalmente idee convergenti come nella paranoia, sensazione di essere influenzato da ipnosi, telepatia, ecc. Cefalee tormentose senza che se ne riconosca la causa sono frequentissime negli stadî precoci della schizofrenia. Non raramente positivo il segno di Chvostek e così pure quello di Dagnini-Aschner. In rari casi, attacchi epilettiformi od isterici, talora fenomeni di irritazione meningea od accessi psicotici acuti.

Nei primi stadî della gelosia alcoolica (paranoia alcoolica) le tipiche idee di gelosia si hanno soltanto durante gli stati di ebbrezza; ma esse svaniscono con la sottrazione del tossico.

Nei singoli attacchi della psicosi maniaco-depressiva, le modificazioni psichiche vengono non raramente precedute da disturbi della nutrizione, che si manifestano con notevole perdita di peso mentre il paziente non modifica la sua alimentazione. In complesso, però, nelle più importanti forme psichiatriche non si hanno caratteristici o durevoli stadî iniziali come

tafisica, l'occultismo, ecc. Rapidamente si araccade per la paralisi progressiva, la demenza senile ed arteriosclerotica, la paranoia e la schizofrenia, che sono bene caratterizzati e riconoscibili precocemente. *fil.*

L'encefalite acuta nella polmonite infantile.

(G. MOURIQUAND, M. BERNHEIM e J. BOUCOMONT. *Presse Méd.*, 8 febbraio 1933).

La questione delle encefaliti acute infantili, non suppurative, costituisce un capitolo relativamente nuovo della medicina del bambino. Particolarmente scarso è stato finora il contributo di ricerche sugli accidenti nervosi che sopravvengono in corso di affezioni polmonari dell'infanzia, broncopolmonite e polmonite. Si è che l'encefalite post-pneumonica costituisce un accidente poco frequente sul bambino.

Bisogna eliminare, dal quadro dell'encefalite propriamente detta, le reazioni cerebrali e cerebro-meningee così frequentemente constatabili nel corso della polmonite infantile, nonchè quei segni di localizzazione, epilessia jaksoniana, monoplegia o emiplegia, testimoni di un interessamento più profondo, ma di durata effimera.

Così ristretto il campo, le osservazioni di vera encefalite acuta nella polmonite infantile sono estremamente rare. Gli AA. ne riportano due riferentesi a bambini, negli antecedenti dei quali non si trovava alcun accidente nervoso; essi presentarono una polmonite, in seguito alla quale comparvero delle manifestazioni emiplegiche di tipo speciale. In nessuno dei due casi furono osservati accidenti convulsivi, paralisi degli arti o paralisi oculari, sintomi che potevano far pensare ad una complicazione encefalitica para-pneumonica. Solo sei giorni dopo la defervescecnza in un caso, dopo due settimane e mezza nell'altro, si notò che gli arti di un lato potevano essere mossi a fatica ed erano animati da movimenti anormali.

In uno dei casi l'emiplegia iniziò subdolamente con un po' di difficoltà nel camminare e sopratutto con tremore dell'avambraccio e della mano. Un mese più tardi i disturbi paretici sono stazionari, ma i riflessi, fino allora normali, si esagerano dal lato emiplegico, mentre il tremore si fa meno manifesto.

L'evoluzione sembra accennare alla guarigione quando, cinque mesi dopo la comparsa dei primi sintomi nervosi, la temperatura si eleva bruscamente a 40°, l'emiplegia subisce una recrudescenza marcata, il tremore si generalizza e, nel corso di due giorni, il bambino muore in uno stato di agitazione estrema. Senza dubbio una nuova *poussée* di encefalite è stata la causa dell'evoluzione fatale.

Nell'altro caso, i disturbi nervosi si installarono progressivamente 20 giorni circa dopo la guarigione della polmonite. Essi consistevano in uno stato di contrattura intermittente degli arti del lato destro. Si trattava di una contrattura di origine extrapiramidale.

L'atteggiamento degli arti subisce delle modificazioni incessanti, la mano prende l'atteggiamento della mano ostetrica, i riflessi sono normali e il Babinski assente, non esistono dolori spontanei nè disturbi sensitivi obiettivi. L'esame oculare è negativo ed in particolare non rivela emianopsia.

Tre mesi dopo l'inizio della polmonite, un nuovo focolaio pneumonico si manifesta ed i sintomi nervosi subiscono una forte recrudescenza, ma dopo qualche giorno migliorano e restano successivamente stazionari.

In questi casi si può precisare il punto di partenza dei disturbi, localizzandolo nella regione talamica o piuttosto talamo-oftalmica.

In assenza di sintomatologia meningea, non si possono spiegare i disturbi nervosi descritti se non ammettendo un focolaio di encefalite che aveva leso, nel primo caso la via piramidale ed extrapiramidale (emiplegia piramidale ed emitremore), nel secondo la regione talamica e sottotalamica (emicontrattura extrapiramidale con mano talamica). C. TOSCANO.

Su alcuni casi di meningite cerebro-spinale epidemica.

(D. LO BIANCO. *Riforma Medica*, n. 6, 1933).

L'A., che ha avuto occasione di osservare e curare due casi della malattia in adulti, coglie l'occasione per fare una breve rassegna delle ultime vedute che su di essa oggi si hanno ed espone alcune originali concezioni sulla patogenesi e terapia della malattia stessa. Dal punto di vista della patogenesi l'A. crede che nelle recidive della M. C. Sp. epidemica il punto di partenza della nuova invasione microbica possa ricercarsi nello spazio epidurale.

In quanto poi alla terapia egli crede che accanto alla precocità ed all'uso del siero preferibilmente omologo debba essere considerato come elemento favorevolmente coadiuvante la istituzione ed il mantenimento di un utile drenaggio del liquido cefalo-rachidiano dallo spazio subaracnoideo allo spazio epidurale. Quivi è presumibile che la lieve graduale infiammazione concorra ad esaltare le provvidenze immunitarie, ponendo fors'anche la possibilità di un'autovaccinazione.

Tale drenaggio può essere facilitato dall'uso di grossi aghi, dall'introduzione di essi sempre intorno allo stesso punto ed in linea sagittale, dal mantenimento di essi *in situ* per qualche minuto.

Allo stato attuale è del tutto prematuro pensare ad un procedimento chirurgico (fistolizzazione); più radicale e sicuro per l'istituzione è il mantenimento di tale drenaggio.

G. LA CAVA.

Due tumori del rachide intramidollari operati con successi.

(F. SAUERBRUCH e R. THIELE. *Acta Chir. Scand.*, vol. LXXII).

Mentre sono ormai molto numerosi i casi di tumori extra-midollari del midollo spinale operati con pieno successo, è raro che si abbiano tumori intramidollari trattati chirurgicamente senza lesioni più o meno estese del midollo ed è anche per ciò che gli interventi sono meno frequenti. Gli AA. riportano due casi: uno di una ragazzina di 13 anni che aveva una cisti dermoide del midollo sul tratto dorsale e che guarì completamente, l'altro il caso di un uomo di 31 anni con un glioma diffuso del midollo cervicale in cui si ebbe un grande miglioramento.

Gli AA. danno grande importanza all'uso della mielografia fatta in tempo utile e da cui il chirurgo può trarre indicazioni ad affrettare l'intervento prima che il tumore abbia prodotto danni irreparabili. V. GHIRON.

INFEZIONI VARIE.

Sul kala-azar.

(G. NORSA. *Gazzetta degli Osped. e delle Cliniche*, 30 ottobre 1932).

La malattia colpisce sopratutto i bambini al di sopra di un anno, non è eccezionale nei fanciulli e negli adulti, è privilegio delle persone che posseggono un giardino, una casa di campagna presso la città (Giraud).

Nicolle con i suoi lavori ci ha dimostrato che il cane deve essere sempre riguardato come un importante serbatoio del virus, tuttavia per la trasmissione della malattia l'esperienza ci insegna che il contatto con il cane non è necessario; che anzi in alcuni soggetti non vi è mai stato alcun contatto con i cani.

Oggi è stata messa in luce l'importanza delle zecche che però possono essere il veicolo della leishmaniosi da cane a cane.

Come il virus penetra nell'uomo? La via orale non è certo la più frequente, perchè le feci dei malati e dei cani infetti contengono molto di rado i parassiti. La via cutanea è rara, bisogna quindi pensare che le due vie, cutanea e digestiva, siano utilizzate dal virus a seconda dei casi.

Clinicamente si ha che la leishmaniosi viscerale in ogni età ed in ogni suo aspetto si distingue per l'evoluzione di un'anemia splenoepatomegalica febbrile con leucopenia e inversione della formola leucocitaria.

L'inizio del periodo febbrile è irregolarissimo nel bambino, a tipo prevalentemente ondulante nell'adulto. Nulla di particolare ha la splenomegalia che predomina quasi sempre sull'epatomegalia che appare tardivamente.

L'anemia che conferisce al bambino la speciale tinta di porcellana e che nell'adulto è mascherata da una pigmentazione bronzina, può arrivare fino a 2 milioni di globuli rossi, con un V. G. sempre sotto l'unità. La formula leucocitaria presenta una progressiva attenuazione del numero dei polinucleari.

Numerose sono le prove di laboratorio di presunzione che vanno dalla formolo leucogelificazione, alle reazioni di Brahmachari e Chopra e Supta, fino all'introdermoreazione con estratti alcalini di leishmania, che secondo Montenegro sarebbe positiva nell'80 % dei casi.

Le prove di certezza basate sulla constatazione del parassita si hanno sopratutto dalla puntura della milza. La ricerca del parassita nel sangue circolante richiede molta pazienza perchè la leishmania è in esso rara, mentre può considerarsi preziosa la cultura del sangue sul terreno Narry, Neal e Nicolle (N. N. N.).

La cura di prova con i sali d'antimonio per i brillanti risultati che dà è quella che a volte si impone su tutti i mezzi d'indagine.

Gli effetti terapeutici variano secondo il periodo della malattia, secondo l'intensità della cura e il prodotto usato, secondo fattori individuali di sensibilità e di resistenza generalmente imprevedibili.

Si potrà parlare di guarigione solo quando si avrà una netta e progressiva regressione di tutta la sintomatologia clinica, e quando lo stato generale dell'infermo sarà avviato verso la norma.

Oltre i comuni fatti di intolleranza (anoressia, vomito, diarrea) possiamo avere nette controindicazioni alla cura (cachessie, insufficienza epato-renale, porpora) che vengono a volte superate con piccolissime dosi sostenute da cure adjuvanti (nucleinati, vaccini, ascessi). La splenectomia quando non è giustificata da intolleranze indomabili è sempre da considerarsi come un mezzo molto inferiore alla cura antimoniale. R. GARBINI.

Il trattamento dell'infezione puerperale.

(E. LÉVY-SOLAL. *Presse Méd.*, 15 marzo 1933).

L'A., esponendo un metodo terapeutico da lui con successo sperimentato nella infezione puerperale, si occupa prevalentemente dell'infezione ancora localizzata all'utero e all'inizio dello stato setticemico, e considera un trattamento locale ed uno generale.

Per quanto riguarda il trattamento locale, Lévy-Solal ricorre alla medicazione con filtrato antistreptococcico alla Besredka, ottenendo risultati costantementee favorevoli nelle medicazioni preventive (praticate cioè subito dopo espletato il parto in casi di distocia, di manovre intrauterine, di secondamenti artificiali), e risultati assai buoni in casi trattati nei primi 4 giorni dopo il parto, all'inizio dei primissimi segni dell'infezione.

Per quanto riguarda la tecnica, la medicazione deve essere abbondante e ricoprire tutta la superficie uterina; i filtrati saranno ottenuti da colture di germi ricavati da malate profondamente infette; le colture saranno frequentemente rinnovate.

Come trattamento generale dell'infezione puerperale, l'A., vista l'efficacia incerta e incostante dei metodi classici (chemio-schok e vaccino-terapia), ha tentato la via della trasfusione sanguigna semplice, dell'immuno trasfusione e del siero di convalescente.

La trasfusione semplice è indicata nelle forme subacute cachettizzanti evolventi in soggetti defedati e in alcuni casi con grave anemizzazione rapidamente progrediente.

L'immuno-trasfusione, eseguita con iniezioni endovenose di sangue di soggetti vaccinati con vaccini antistreptococcici ottenuti da ceppi di infezione puerperale acutissima, ha dato buoni risultati, in particolare nei casi trattati precocemente dal quinto al dodicesimo giorno di malattia (14 % di insuccessi). Le statistiche dimostrano che tale precocità di intervento è assolutamente necessaria per il successo della terapia. Per quanto riguarda i donatori, l'A. ha ricorso dapprima a rapide vaccinazioni (in 4 giorni) di soggetti nuovi, poi si è servito di donatori organizzati che venivano sistematicamente vaccinati ogni 15 giorni e rivaccinati 6 ore prima della trasfusione.

Per quanto riguarda l'indicazione al trattamento, esso sarà fatto non appena si avrà una emocoltura positiva (emocoltura che praticheremo al primo insorgere di un brivido dopo il parto). Se l'emocoltura rimane negativa, ci indicherà l'intervento una risposta negativa ad una intradermoreazione allo streptococco; finchè la intradermo — che ripeteremo ogni 2 giorni — sarà invece positiva, essa dimostrerà che l'organismo possiede sufficienti poteri difensivi e non sarà necessaria l'immuno-trasfusione.

Il trattamento con siero di convalescente è quello che ha dato all'A. i migliori risultati, ma è purtroppo difficile a mettere in pratica per la rarità dei donatori. PUDDU.

Una reazione cutanea di suscettibilità al colera.

(H. YU, P. H. e K. F. CHEN. *Chinese Med. Journ.*, agosto 1932).

Fu il Pfeiffer ad iniziare gli studi sulla sostanza tossica ottenuta dal vibrione colerico, stabilendo che mentre i filtrati di brodoculture giovani di vibrioni erano solo lievemente tossiche, le culture su agar di vibrioni accuratamente uccisi, iniettate nelle cavie anche in piccole quantità, ne provocavano la morte.

Altri autori continuarono le ricerche del Pfeiffer, confermando l'opinione da questi espressa che cioè la tossina colerica fosse principalmente una endotossina. Gli AA. hanno voluto controllare queste ricerche ed applicarle per quanto era possibile praticamente.

Le loro ricerche hanno confermato la presenza di una sostanza tossica nel filtrato di brodoculture giovani di vibrione colerico ed hanno stabilito che la sua produzione è dipendente dall'uso di un mezzo alcalino. Se nel brodo però è presente del glucosio, l'alcalinità della brodocultura viene rapidamente ridotta e non si ha la produzione della sostanza tossica. Questa sostanza ha una discreta termostabilità ed una bassa tossicità, essendo 5 cc. la dose letale minima per una cavia di 250 gr.

Delle reazioni cutanee furono fatte con questa sostanza su 91 volontari. Di 28 individui precedentemente vaccinati, 27 diedero risultato negativo; di 63 non vaccinati 60 diedero reazione cutanea positiva.

Inoltre conigli immunizzati con filtrati tossici e vaccinati con vaccino ucciso al calore mostrarono tutti reazione cutanea negativa.

Questi risultati portano gli AA. a concludere che la reazione cutanea da loro proposta può mostrarsi utile per stabilire la presenza o meno di immunità negli individui vaccinati col vaccino comune. E siccome tra gli individui da loro studiati, alcuni vi erano i quali erano stati vaccinati due o tre anni prima e ciò nonostante presentavano reazione negativa, ciò può significare che l'immunità provocata dalla comune vaccinazione anticolerica dura di più di quanto comunemente si creda.

Studi ulteriori potranno confermare il reale valore di questa prova cutanea sia come metodo di assaggio della suscettibilità individuale al colera che come metodo di controllo della durata della immunità prodotta dalla vaccinazione anticolerica.

È noto che il metodo ha già fatto le sue prove nella difterite e nella tubercolosi, per quanto riguarda, rispettivamente, la dimostrazione di uno stato d'immunità o di allergia. Probabilmente esso comporta delle applicazioni anche in altre malattie infettive; onde merita di fissare la nostra attenzione indipendentemente dal valore che può assumere nel colera.

G. LA CAVA.

DIVAGAZIONI.

La rianimazione.

Il problema della rianimazione è più che mai all'ordine del giorno. L'argomento è stato diffusamente trattato in un articolo di L. Binet, professore di fisiologia a Parigi, comparso nella *Presse Médicale* (1933, n. 15).

La tecnica fisiologica — egli scrive — consente di riattivare i movimenti cardiaci e respiratori, al cui arresto in ultima analisi si deve la morte.

Le classiche esperienze di Kuliabko provano che si possono determinare battiti ritmici in un cuore di coniglio e di uccelli mediante la circolazione di siero fisiologico caldo ed ossigenato.

Nell'uomo si sono avuti risultati analoghi.

Tra i metodi che sono stati tentati per riattivare il cuore vanno ricordati il massaggio del cuore, l'aspirazione ed iniezione ritmica di sangue in una delle cavità del cuore immobile, l'iniezione intracardiaca di adrenalina o d'atropina, l'eccitazione dei nervi acceleratori.

È noto come frammenti di cuore dell'embrione di pollo coltivati asetticamente su plasma coagulato, posti in stufa e nutriti con succo embrionario possono continuare a svilupparsi ed a battere per settimane.

Quando queste contrazioni sono cessate e le culture siano solo di 24-48 ore si può riattivarle mediante addizione di siero Locke-Ringer. Lo stesso siero non ha alcuna azione su culture più vecchie, che viceversa possono essere riattivate anche se siano di 5-6 giorni con l'aggiunta di estratto dell'orecchietta destra (regione sinusale).

Ciò deporrebbe in favore dell'esistenza in questo estratto delle così dette sostanze attive di Demoor, dell'ormone cardiaco di Haberlandt, delle automatine di Zwaardemaker.

D'altra parte il cuore della lumaca isolato dall'organismo e arrestato mediante intossicazione cloroformica può essere riattivato mediante aggiunta di caffeina o di canfora al liquido nutritivo.

Ma la morte oltre che dall'arresto del cuore può essere determinata dall'inibizione del centro respiratorio, del nodo vitale degli antichi. Lo studio fisiologico degli annegati, degli investiti dall'elettricità, le ricerche sugli accidenti dell'anestesia generale (sincope respiratoria tossica) e della rachianestesia (intossicazione del centro respiratorio da sostanze introdotte nel cavo rachideo), di casi d'intossicazione (paralisi difterica) o di compressione (tumori) del centro respiratorio ci apprendono che alcuni accidenti mortali sono dovuti ad una paralisi del bulbo.

In ogni caso di arresto respiratorio conviene subito praticare la respirazione artificiale che ha il vantaggio non solo di lottare contro l'asfissia dovuta alla cessazione della ventilazione polmonare, ma anche di eccitare il centro respiratorio bulbare mediante un meccanismo riflesso.

Alla respirazione artificiale si può associare l'inalazione di una mescolanza gassosa di ossigeno ed anidride carbonica (100:10), la quale ultima ha la proprietà di eccitare fortemente il centro respiratorio. Ma questo può essere eccitato anche da agenti farmacodinamici.

Gli esperimenti fatti su conigli, il cui centro respiratorio era stato depresso con la morfina, hanno fatto rilevare i buoni effetti della lobelina, della canfora, dell'exetone, del pentametilene tetrazol somministrati per via ipodermica.

Le esperienze fatte su i pesci sono molto dimostrative al riguardo.

Alcuni esemplari di Gobius lota sono posti in una vasca contenente 200 cmc. d'acqua di mare per pesce. Si aggiunge una piccola quantità di acqua di mare cloroformizzata a saturazione. Rapidamente i pesci perdono l'equilibrio, girano su sè stessi. Dopo 15-25 minuti si ha paralisi respiratoria.

Quindi i pesci sono distribuiti in due vasche l'una con acqua di mare semplice, l'altra con acqua di mare caffeinata (gr. 0.50 per litro). Gli animali della prima vasca rimangono inerti, mentre quelli della seconda dopo 1-3 minuti riprendono a respirare e sopravvivono se dopo 5-10 minuti sono rimessi in acqua di mare semplice.

Altri esperimenti sono stati fatti con l'elettrocuzione. Se si fa attraversare da una corrente elettrica (110 volts) l'acqua di mare in una vasca contenente la stessa specie di pesci, si constata che questi rimangono coricati sul dorso, con una respirazione progressivamente sempre più debole fino ad arresto.

Se invece i pesci subito dopo l'elettrocuzione sono posti in acqua di mare caffeinata al secondo minuto, riprendono il loro equilibrio dopo cinque minuti e rimessi in acqua di mare semplice sopravvivono.

Esperienze fatte su pesci nei quali l'attività cardiaca può essere controllata mediante una finestra precordiale dimostrano che l'elettrocuzione non ha alcuna azione sul cuore e che quindi la morte è dovuta unicamente alla paralisi respiratoria. Altre esperienze fatte su teste isolate dello stesso pesce consentono di dimostrare l'azione elettiva della caffeina sul centro respiratorio paralizzato.

Il problema della rianimazione non è un problema vuoto di senso o puramente teorico. Medici e chirurgi possono forse applicare sistematicamente un trattamento razionale nel momento nel quale è difficile dire se il paziente è ancora con i vivi o è con i morti. Non c'è nulla da perdere e qualche cosa da guadagnare.

argo.

CENNI BIBLIOGRAFICI. [1]

F. PATTI. *Di alcuni aspetti della patologia ostetrico-ginecologica al tavolo anatomico*. Vol. di pag. 203. Catania, Officina Grafica Moderna, 1932.

Il Patti ha avuto una buona idea: profittare dell'enorme materiale di autopsia dell'Istituto anatomopatologico di Milano, e portarvi l'acuto suo spirito indagatore di ostetrico-ginecologo. È un campo di ricerca che può essere fertile di ammastramenti clinici utili. In questi ultimi anni si sono pubblicate già varie statistiche cliniche intorno alle cause di morte per le lesioni ginecologiche, per malattie o complicazioni della maternità (Roma, Milano): e ne sono venuti già orientamenti interessanti profilattici e terapeutici sociali. Il metodo seguito dal Patti può completare i dati delle ricerche cliniche, insieme integrandosi. Certo i rilievi che gli sono stati possibili sono istruttivi e già in altra sede (« La Clinica Ostetrica » 1932) ho segnalato fra altro i casi di rottura uterina asintomatica, di emorragie da lacerazioni in parti forzati, i casi di morte per anemia da gravidanza extrauterina, ecc.

La discussione anatomo-clinica è sempre vivace, talora perfino esuberante perchè non conclusiva..., ma attesta sempre della cultura dell'A. e della sua volonterosa fatica; forse sarebbe convenuto un più profondo esame, una elaborazione meno affrettata; ma già come è, la raccolta permette a chi legge di trarre utili ammaestramenti clinici.

Con la preparazione acquistata il Patti potrebbe ora darci un saggio di *patologia ostetrico-ginecologica regionale*, ripetendo quel tipo di indagini nella sua Sicilia: vero è che le condizioni assistenziali sono molto diverse e che molto differente deve essere, credo, la percentuale delle autopsie che lì si possono condurre (se io sto a quello che vedo in Puglia...), ma può esser che m'inganni e allora il Patti ce lo dimostrerà presto con una nuova monografia. *p. g.*

M. HIRSCH. *Praktikum der kleinen Chirurgie*. Vol. di pag. 243. Edit. J. Springer, Berlino, 1933. RM. 12.

Il manuale è stato scritto con l'intenzione di offrire al medico pratico quelle nozioni chirurgiche che sono indispensabili per l'esecuzione di piccoli interventi, di riduzione e contenzione di fratture, di medicature, ecc., cioè di tutte quelle manovre che il medico pratico da sè stesso può eseguire senza ricorrere all'opera del chirurgo.

L'anestesia sia generale che locale è trattata estesamente, così la cura di alcune fratture, la cura dei flemmoni e dei paterecci, la tecnica delle punture evacuative, ecc.

Nella trattazione non vi è eccesso di citazioni, di tecniche; i particolari e i dettagli anche di minor interesse sono curati in modo da evitare le sorprese a chi si accinge a eseguire gli insegnamenti teorici.

Crediamo di poter consigliare il libro del Hirsch come quello che raggiunge lo scopo prefisso. VALDONI.

L. BÉRNARD e PELLISSIER. *Les suppurations gangreneuses du poumon*. Un vol. di 90 pagine, 1933. Paris, J.-B. Ballières et fils.

Il problema delle suppurazioni polmonari, della loro classificazione, della loro etiologia, della loro terapia è all'ordine del giorno della scienza medica: pur tuttavia la più grande indecisione clinica, nosografica e terapeutica regnano nel campo discusso. I numerosi e progressivi contributi vanno diradando le oscurità ed ogni apporto, anche se non ha il sapore della novità, è ben accolto dagli studiosi dell'argomento.

Nel volumetto in esame, Bérnard e Pellissier, distinguono le suppurazioni gangrenose polmonari (s'intende esclusion fatta per la forma in cui possa entrare in giuoco il bacillo di Koch), in ascessi gangrenosi del polmone (ascessi gangrenosi solitari ed ascessi con gangrena polmonare collaterale), in gangrene pulmonari diffuse (acute e subacute), gangrene polmonari collaterali dilatazioni bronchiali. Di ciascun tipo ne individualizzano, con l'aiuto della semiologia fisica, chimica, radiologica, l'entità clinica, ne descrivono l'andamento, ne indicano la terapia. La grande esperienza clinica in argomento degli AA., confermata dalle statistiche personali ricordate nel lavoro, permette di giungere a considerazioni clinico-terapeutiche che ben potrebbero ritenersi norme fondamentali per il pratico cui il libretto è indirizzato ed al quale non potrà non riuscire utile. MONTELEONE.

L. KINDBERG-R. MONOD. *Les abcès du poumon*. Un vol. di 325 pag. con molte figure. Masson et C.ie, édit., Paris.

Il Kindberg riprende nel trattato qui enunciato, l'argomento schematizzato in un volumetto, esaurito oramai, delle « attualità mediche ». Con l'ausilio del Monod, altro clinico ma non medico, chirurgo, e del Soulas, oto-rino-laringologo, svolge ora in modo completo l'argomento al quale ha da molti anni dedicato ogni sua attività. Il soggetto essendo oltremodo vasto, gli AA. lo limitano eliminando anzitutto i cosidetti ascessi piemici, multipli, piccoli, asintomatici, e così pure gli ascessi dovuti a trauma diretto, penetrante. Sono anche eliminati gli ascessi del polmone, dominio dell'infanzia.

Premesse alcune generalità storiche, discutono in un primo capitolo l'anatomia patologica descrivendo l'ascesso semplice, l'ascesso mol-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

teplice, l'ascesso areolare, la caverna gangrenosa, l'ascesso bronchiettasico. In successivo capitolo trattano dell'etiologia siano gli ascessi primitivi o secondari, la batteriologia (discutendo l'importanza dei microbi piogeni, del pneumobacillo, dell'ameba, delle spirochete). La clinica dell'ascesso è minutamente analizzata sia nei riguardi dell'inizio che delle evoluzioni o delle complicazioni.

Nella parte riferentesi alla diagnosi viene posta in palmare evidenza la importanza degli esami al lipoidol, della broncoscopia, e la discutitibilità della puntura esplorativa. Notata la evoluzione naturale degli ascessi abbandonati alla loro sorte, gli AA. si intrattengono a lungo su la cura medica, con i vaccini, i sieri, gli arsenicali. ecc., broncoscopia e chirurgia. Di ciascun metodo precisano le particolari indicazioni. Come conclusione sottolineano la quasi impotenza, esclusion fatta per l'ascesso dissenterico dei mezzi medici e la necessità di ben orientarsi, nella supposizione di un ascesso del polmone, dopo un breve periodo di tentativi medici, verso l'intervento. Un ascesso del polmone resistente ai medicamenti, non guaribile precocemente, è un'affezione estremamente grave, nella cui trattazione devesi richiedere la collaborazione del medico, del chirurgo, del radiologo, del broncoscopista. Questa collaborazione varrà a far sostenere al medico il peso della diagnosi e della prognosi di una malattia per la quale è utile una certa audacia.

MONTELEONE.

I. D. G. STEPHANI. *Traitement des cavernes pulmonaires tuberculeuses*. G. Doin, édit., Paris, Fr. 18.

Altra interessante monografia della collezione pratica diretta dal Sergent. Nell'introduzione gli AA. — noti tisiologi di Montana — riassumono le nozioni più importanti d'indole generale sulle forme ulcerose della tubercolosi ed in particolare sulle caverne tubercolari, delle quali discutono la genesi e la localizzazione, nonchè il valore prognostico. Successivamente viene descritta l'evoluzione clinica delle caverne stesse, l'evoluzione delle caverne piccole e medie, uniche o multiple, antiche o recenti; uno speciale capitolo è dedicato alle caverne giganti. Questo capitolo termina con la descrizione dei grandi fibrotoraci spontanei, processi naturali di stabilizzazione della tubercolosi polmonare. La seconda parte del lavoro, basata sulla osservazione di 167 casi di tubercolosi cavitaria trattati a Montana negli ultimi dieci anni, descrive i diversi metodi di cura adottati, dalla cura sanatoriale, di altitudine, propriamente detta, alla cura con i sali di oro, al benzoato di rame al calcio.

Speciali paragrafi sono dedicati alle cure delle caverne con il pneumotorace unilaterale (precoce o tardivo), bilaterale simultaneo, precoce o tardivo.

L'opera si chiude con uno studio comparativo dei casi cavitari trattati con cure climatiche con o senza pneumotorace artificiale. Come conclusione gli AA. affermano che anche se lo stato generale del malato è soddisfacente e praticamente stabilizzato, il medico non dovrà ritenersi soddisfatto se le cavità non sono chiuse: alla loro cicatrizzazione deve tendere lo sforzo della medicina posta in opera.

MONTELEONE.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Lancisiana di Roma.

Seduta del 9 febbraio 1933.

L'anestesia locale dell'utero nelle revisioni e nei raschiamenti.

Dott. G. MIRANDA. — L'O. definisce la revisione uterina una operazione ostetrica nella cavità dell'utero e sulla sua tunica mucosa in tre evenienze: come cura degli aborti (revisione uterina digitostrumentale), nel secondamento incompleto per asportare residui placentari e nel puerperio in caso di emorragia o di infezione (revisione uterina manuale).

Accenna alla dilatazione rapida e al raschiamento del canale cervicale.

Dice che in generale per queste operazioni non si usa anestesia, e che infatti per la revisione uterina nel 2° e nel 3° caso è inutile. Ma che per la revisione nel primo caso, per il raschiamento e specie per la dilatazione rapida del canale cervicale, che a volta deve precedere, bisogna fare l'anestesia.

Ricorda la innervazione degli organi genitali femminili.

Discute delle quattro forme di anestesia che sono state descritte (anestesia generale, rachianestesia, anestesia epidurale, anestesia del ganglio di Frankenhauser) e ritiene che l'anestesia che egli adopera, cioè l'anestesia locale dell'utero per infiltrazione del tessuto del collo, sia la più pratica per le revisioni uterine digito-strumentali come cura degli aborti, per i raschiamenti e per la dilatazione rapida del canale cervicale.

Tecnica. Messe le valve vaginali, si afferra il collo dell'utero con una pinza ad uncini. Si toglie la valva anteriore, si affida ad un assistente quella posteriore, e per il momento la pinza. Impugnata una siringa Pravaz da 10 cmc. munita di un ago da puntura lombare, si riprende con la sinistra la pinza e si tira dolcemente in modo da tenere disteso il collo dell'utero. Si infigge l'ago nello spessore del margine libero del labbro anteriore del segmento intervaginale del collo, o muso di tinca, e penetrando lentamente in profondità fino a 2-3 cm., cioè nel segmento sopravaginale, si va iniettando l'anestetico. Poi si fa una seconda iniezione a qualche millimetro di distanza dalla precedente. Infine si fanno due iniezioni nella parte posteriore del collo uterino penetrando attraverso il margine distale del labbro posteriore del segmento intervaginale.

Ogni volta si iniettano 4-5 cmc. di novocaina al 0,50 %, complessivamente 15-20 cmc.

L'O. riferisce alcuni casi in cui ha adoperata tale anestesia.

Dott. A. PANAGIA. — *I parassiti della malaria filtrano attraverso le candele porose?* (Comunicazione già riassunta nel fasc. 9, pag. 354).

L'autoemoterapia nelle infezioni Eberthiane.

Dott. A. PANAGIA. — L'O. dopo aver parlato sul meccanismo d'azione della proteinoterapia in genere e dell'autoemoterapia in particolare, espone i risultati ottenuti in 28 pazienti con infezione tifica, trattati con questo metodo di cura.

I risultati sono stati buoni in 18 casi, mediocri in 6 casi, non apprezzabili in 4 casi di cui un insuccesso. Pone in rilievo i vantaggi di questa terapia e conclude che i risultati, per quanto non molto brillanti, incoraggiano ad estendere l'uso dell'autoemoterapia; consiglia d'iniziare la cura al principio della malattia e di continuare con iniezioni ravvicinate. Ha studiato in alcuni casi le reazioni umorali del sangue, seguendo il comportamento delle agglutinine in caso di trattamento auto-emoterapico, argomento di cui si occuperà in seguito.

Restringimento congenito dell'uretra maschile.

Dott. E. SOVENA. — L'O. presenta un giovane di 18 anni da lui operato nel settembre 1931 per restringimento congenito segmentario cilindrico dell'uretra cavernosa (porzione perineale) e dell'uretra membranosa. Dall'anamnesi che egli riporta risulta che il paziente sin dalla nascita ha avuto disuria e pollachiuria sia diurna che notturna (il paz. era costretto ad urinare ogni due ore; la emissione dell'urina si effettuava goccia a goccia e con grande sforzo, tanto che il paziente era costretto a porsi, per poter compiere la minzione, in posizione accosciata come nell'atto della defecazione). A 5 anni è stato operato di fimosi, senza ricavare dall'intervento alcun beneficio: assenza nell'anamnesi di qualsiasi lesione uretrale flogistica o traumatica. Con il cateterismo dell'uretra si apprezzava la esistenza e la sede del segmento distale ristretto in corrispondenza della porzione perineale dell'uretra cavernosa. Il restringimento risultava impervio anche al cateterismo compiuto con le più sottili minugie.

Atto operativo. Etere-narcosi, ueretrotomia esterna perineale e sezione della porzione ristretta, lunga mezzo centimetro, cilindrica, di consistenza lievemente aumentata, di aspetto normale. Immediatamente a monte del restringimento uretra di calibro e aspetto normale. Il cateterismo della restante porzione prossimale della uretra riesce impossibile per la presenza di un nuovo restringimento in corrispondenza dell'uretra membranosa, impervio alle minugie più sottili. Si procede perciò alla cistotomia soprapubica.

Vescica contenente circa 250 cmc. di urina lievemente torbida con strato muscolare lievemente ispessito. Cateterismo retrogrado dell'uretra con Béniqué. L'uretra prostatica è pervia. L'uretra membranosa è impervia. Incisione perineale antero-posteriore mediana terminante un centimetro al davanti dell'ano e sezione dell'uretra membranosa e dell'estremo prossimale dell'uretra cavernosa.

Applicazioni di sonde di Nélaton dalla vescica alla uretrotomia perineale posteriore. Drenaggio vescicale soprapubico con sonda di Pezzer. Quindi uretrectomia totale del segmento distale ristretto dell'uretra cavernosa perineale ed uretrorrafia circolare. Dopo 30 giorni si toglie la sonda di Nélaton dalla uretrostomia perineale posteriore e in secondo tempo la sonda di Pezzer dalla vescica. Chiusura rapida dei tramiti perineale ed ipogastrico. Guarigione. La minzione si effettua regolarmente quattro o cinque volte al giorno senza sforzo e con getto normale. La pervietà dell'uretra è controllata prima della dimissione dell'infermo dall'Ospedale con passaggio di Béniqué. A distanza di un anno e due mesi persiste la guarigione anatomica e funzionale dell'infermo.

Seduta del 9 marzo 1933.

La osteoartrite suppurativa puerperale della sinfisi pubica.

Dott. E. FRONTICELLI. — La osteo-artrite suppurativa della sinfisi pubica può presentarsi tanto in gravidanza che dopo il parto. Essa costituisce una evenienza rara, da non confondersi con localizzazioni parametrali che si estrinsecano verso l'innanzi o con flemmoni primitivi dello spazio di Retzius.

Tenendo conto che i linfatici e le vene della clitoride si portano in un plesso linfatico e venoso perisinfisario, si crede possibile un'origine linfatica e flebitica della malattia, da primitive localizzazioni settiche puerperali nella regione clitoridea, osservate in tutti i casi descritti dall'O. Manifestazioni setticemiche possono accompagnare la flogosi purulenta dell'anfiartrosi pubica.

La diagnosi oltre che sul reperto radiografico, si basa sull'aumentato spessore della sinfisi, sulla dolenzia squisita, sulla impotenza funzionale completa.

Evacuata la raccolta purulenta con adatta incisione e drenata opportunamente la cavità ascessuale, si ha facile e completa guarigione senza bisogno di ricorrere a scucchiaiamento o resezione dei capi ossei malati.

Dott. C. COEN. — *Rottura di utero bicorne gravido al V mese.*

Dott. E. SOVENA. — *Contributo all'uso delle soluzioni ipertoniche di cloruro di sodio nelle occlusioni intestinali e nelle peritoniti.*

Il Segretario: A. D'AVACK.

Società di Coltura Medica Novarese.

Seduta del 2 marzo 1933.

Presidente: Prof. PAOLO PIETRA.

Prof. P. PIETRA. — *A proposito di sindrome addominale destra. Presentazione di caso.*

Discussione: prof. FERRERO.

Sopra alcune presunte alterazioni del sangue dei radiologi.

Prof. G. F. CAPUANI. — Dopo aver tratteggiata la storia degli studi riguardanti le modificazioni di carattere patologico dei leucociti sia nel nucleo che nel protoplasma, l'O. sottopone a particolare indagine le granulazioni di Mommsen ricercando eventuali rapporti di identicità e di concordanza con i granuli sudanofili, con quelli azzurrofili, con quelli Näegeli, dimostrando che pur esistendo un certo parallelismo nel comportamento di alcuni di essi non esiste però identità assoluta avendo essi un significato differente.

Nel sangue dei radiologici le granulazioni di Näegeli sono sempre assenti, mentre quelle di Mommsen compaiono solo però in quei soggetti che sono portatori di lesioni da raggi X (radiodermiti).

La ricerca di tali alterazioni morfologiche dei leucociti rappresenta quindi un metodo di indagine prezioso per la clinica, perchè può dare risultati positivi, svelando la presenza di tossicosi latenti prima di ogni altro metodo di indagine sia clinica che di laboratorio.

Come si concepisce oggi l'eczema.

Prof. P. A. MEINERI. — Espone brevemente le moderne vedute sulla natura dell'eczema, le quali vorrebbero considerare questa dermatosi come un particolare stato allergico della cute.

Le iniezioni endorachidee di bismuto a scopo piretogeno per la cura della paralisi progressiva.

Dott. L. CABITTO. — L'O. ritiene che l'azione terapeutica della malarioterapia nella paralisi progressiva sia semplicemente data dall'elevazione di temperatura che renderebbe più facile ai medicamenti di vincere la barriera emato-encefalica e che ecciterebbe le secrezioni della tiroide e dell'ipofisi determinando quindi una reazione difensiva attiva dell'organismo.

Nelle forme mai curate ritiene che sia utile introdurre nell'organismo sostanze curative che verranno poi mobilitate durante la reazione febbrile. E quindi è utile introdurre nel cavo rachideo preparati bismutici che pur essendo attivi antisifilitici non danno reazioni di aggravamento come spesso succede invece con i preparati arsenicali. Egli ha usato il « Bismuthoidol » ottenendo elevate reazioni febbrili simili a quelle date dalla malaria.

Dott. A. VANELLI. — *Sulla diagnosi e sulla cura della sifilide nervosa.*

Discussione: Proff. MEINERI, PIETRA, dott. GABITTO.

Il Segretario: Dott. L. FERRERO.

Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio.

Seduta del 7 marzo 1933

Presiede il Prof. COLETTI.

Prof. TRAMONTINI. — *Invia un commosso saluto alla memoria del prof. A. Murri.*

Reinterventi per ulcera gastro-duodenale.

Prof. DE GIRONCOLI. — Dopo aver vagliato le teorie che si contendono il campo sulle cause di ulcera gastro-duodenale e detto degli inconvenienti più o meno tardivi dei gastro-entero-stomizzati (rigurgito, circolo vizioso, invaginamento delle anse e la più temibile quantunque non frequentissima ulcera peptica) esprime il suo concetto sull'utilità pratica di intervenire colla gastrectomia resecando ampiamente.

Presenta due pezzi anatomici di rioperati nel primo dei quali che aveva subito già tre atti operativi (gastroenterostomia posteriore ed anteriore, entero-entero anastomosi alla Braun) dovette reintervenire per ematemesi, e nel secondo (già gastro-entero-stomizzato) reintervenne per ulcera peptica in via di perforazione istituitasi nella stomia.

Asportato in entrambi il groviglio delle anse anastomotiche con ampia resezione gastrica e ricostruzione secondo Billroth II-Polya nel primo, Billroth II-Roux nel secondo, potè in entrambi constatare dopo sei mesi, assieme alla cessazione delle sofferenze, aumento di peso e col controllo radiologico buona contenibilità del moncone gastrico.

Alla resezione che dà il 90 circa per cento di guarigione a confronto della g. e. che dà solo il 65 %, è oggi favorevole la maggior parte dei chirurghi, pur ammesso che non si possa ancora parlare di risultati remoti che diverranno di pubblica ragione dopo lungo lasso di tempo dall'intervento.

Dott. TOMASI. — *Considerazioni su 5 casi di ulcera duodenale perforata in libera cavità peritoneale.*

Dott. BARONI. — *La via addomino-perineale nella cura chirurgica del carcinoma del retto.*

Elementi di diagnosi per un probabile caso di infarto miocardico.

Prof. TRAMONTINI. — L'O., sulla scorta dei dati clinici rilevati in un suo ammalato settantenne che senza precedenti nè luetici nè di ipertensione, incolto da violento dolore precordiale a lunga durata presentava lieve ipertrofia del v. s., qualche extra sistole, toni cardiaci impuri e successivo sfregamento pericardico, accompagnato da modica febbre, cui seguirono crisi di convulsioni generalizzate con pause respiratorie e morte — pone il quesito se si possa prospettare in tal caso la diagnosi di infarto miocardico.

Vagliate le probabilità diagnostiche e scartata la vera angina pectoris per la lunga durata dell'attacco doloroso, le false angine o nevrosiche o riflesse, la pericardite reumatica, e brightica (per la mancanza di albuminuria e di ipertensione) discute sulla diagnosi discriminativa tra l'infarto miocardico, la insufficienza ventricolare acuta, l'arterite delle coronarie e la trombosi cardiaca; e viene alla conclusione che per la diagnosi di infarto miocardico è di grande valore il dolore all'inizio brusco e di lunga durata, la caduta della pressione arteriosa, l'alterazione del ritmo, la modica febbre e l'istituirsi successivo della pericardite localizzata. La ricerca clinica deve però essere affiancata alle prove di laboratorio, specialmente dalla valutazione esatta delle alterazioni elettrocardiografiche.

Il Segretario: Dott. P. FABRIS.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

NOTE PRATICHE

R. CLINICA DERMOSIFILOPATICA DI ROMA

Direttore: Prof. P. L. BOSELLINI

Sull'accertamento di guarigione della blenorragia.

Dott. GIORGIO MARASPIN, ass. vol.

Al principio dello scorso anno il mio Maestro, Prof. Bosellini, allo scopo di intensificare il servizio di profilassi venerea ha creduto opportuno di istituire in Clinica un ambulatorio di accertamento di guarigione delle malattie veneree con speciale riguardo alla gonococcia.

Gli individui presi in esame hanno raggiunto durante l'anno la cifra di 90.

Ammessi agli esami sono stati soltanto quei soggetti il cui stato presente ci ha fatto supporre di essere di fronte a forme latenti o apparentemente spente.

I pazienti si presentavano spontaneamente o venivano inviati per controllo dai nostri stessi ambulatori celtici.

I metodi d'indagine seguiti sono stati quelli dettati dal nostro Maestro e che noi presentiamo nel seguente ordine: 1) anamnesi; 2) ispezione; 3) palpazione; 4) esame delle vie urinarie; 5) microscopia; 6) riattivazione biologica; 7) deviazione del complemento; 8) riattivazione chimica; 9) spermatocultura; 10) controlli microscopici ulteriori.

1) *Anamnesi.* — Abbiamo dato la massima importanza all'interrogatorio dell'ammalato perchè un interrogatorio condotto bene svela gli antecedenti venerei facendoci conoscere il numero di uretriti pregresse, la loro natura gonococcica o meno, la loro durata, le complicazioni sopravvenute, i differenti trattamenti eseguiti, la loro durata ed i risultati ottenuti.

Nei nostri 90 casi presi in esame risultavano: 12 già affetti da epididimite; 7 da prostatite; 3 da restringimento uretrale; risultò altresì che parecchi dei pazienti avevano seguite le cure secondo il consiglio benevolo e saccente del solito amico (blenorragico lui pure) od avevano eseguite quelle cure dettate dalle non mai abbastanza deprecate illusioni di falsa assicurazione di guarigione pronta ed indolore che si legge ancora e sempre nelle quarte pagine dei giornali; risultò infine che altri pure avendo seguito cure metodiche avevano per un periodo più o meno lungo ad essere sofferenti di disturbi obbiettivi e subbiettivi e ciò a causa della professione richiedente strapazzi fisici (autisti, ciclisti, camerieri, ecc.).

2) *Ispezione.* — Con l'ispezione abbiamo esaminato lo stato del prepuzio, del glande, lo stato del frenulo, le eventuali anomalie congenite (epispadia, ipospadia, fimosi, falso meato, meato bisetto, canali parauretrali, ecc.).

Infatti abbiamo riscontrato: 2 ipospadie, 1 falso meato, 1 meato bisetto.

3) *Palpazione.* — La palpazione oltre il controllo tattile delle osservazioni più sopra fatte metteva in evidenza (spremitura) le eventuali secrezioni, lo stato dell'uretra peniena, quello dei corpi cavernosi, le sensazioni più o meno pronunciate in punti diversi, lo stato dei testicoli, del dotto deferente nel tratto accessibile e da ultimo del perineo.

L'esplorazione della prostata e delle vescichette seminali l'abbiamo intrapresa nella prova di Wolbarst.

4) *Esame delle basse vie urinarie.* — Per gli esami dello stato della mucosa uretrale ed annessi, escludendo quelli endoscopici, autori diversi hanno suggerito vari metodi, ma i più sono per la prova dei due bicchieri (prova di Thompson).

Nella nostra Clinica, come meglio rispondente, si pratica la prova dei quattro bicchieri. Consiste nell'istillare nell'uretra anteriore 8-10 cc. di soluzione fisiologica tiepida, che si raccoglie, dopo un massaggio uretrale fatto dallo esterno, in un 1° bicchiere. Questa raccolta porta con sè tutta la somma degli escreti dell'uretra anteriore.

Nel 2° bicchiere viene raccolta la minzione totale delle urine che trasportano con sè tutta la produzione escretrice dell'uretra posteriore, annessi ghiandolari e vescica. L'intorbidamento delle urine viene sempre interpretato a mezzo ricerche chimiche per escludere l'evenienza che l'intorbidamento possa essere dovuto a fosfati, urati, carbonati.

Si procede mediante cateterismo alla replezione della vescica con soluzione fisiologica tiepida sino alla sensazione di pieno da parte del paziente. Poi sfilato il catetere che per aver esercitata una compressione sulla mucosa uretrale ha determinato la fuoriuscita degli annessi del loro contenuto si fa emettere una parte della soluzione fisiologica nel 3° bicchiere.

Si procede finalmente all'esplorazione della prostata e spremitura di essa nonchè a quella delle vescichette seminali, traendo il giudizio riportato digitalmente sullo stato di detti annessi: volume, forma, consistenza, dolorabi-

lità. Ciò fatto si fa emettere nel 4° bicchiere il resto della soluzione fisiologica.

Nei nostri pazienti l'esame della prostata ci ha dato i seguenti reperti:

Prostata molto ingrossata N. 37;
prostata modicamente ingrossata N. 13;
prostata normale N. 40.

La prova di Wolbarst è stata praticata su 78 individui con i seguenti risultati:

1° bicchiere: Positivi per presenza di filamenti N. 47; Negativi N. 31;

2° bicchiere: Positivi per presenza di filamenti N. 38; Negativi N. 40;

3° bicchiere: Positivi per presenza di filamenti N. 58; Negativi N. 18;

4° bicchiere: Positivi per presenza di filamenti N. 68; Negativi N. 13.

In due casi non vennero eseguite le prove del 3° e 4° bicchiere perchè i soggetti presentavano un forte restringimento che ci impedì il cateterismo.

Chiara risulta dallo specchietto l'alta percentuale di presenza di filamenti nel 3° bicchiere dovuta, come ben si comprende, alla espressione degli annessi ghiandolari provocata dal catetere.

5) *Microscopia.* — La raccolta della secrezione uretrale, quando era presente, nonchè la sedimentazione ottenuta nei quattro bicchieri sono state esaminate microscopicamente con il metodo del Gram.

Dirò subito che queste ricerche hanno dato in 54 dei 90 casi presi in esame responso positivo per il gonococco di modo che le ulteriori ricerche venivano per essi 54 casi abbandonate.

6) *Riattivazione a mezzo vaccino.* — Sui 36 casi rimasti abbiamo praticata la riattivazione vaccinica. Ci siamo per questa servito del vaccino antigonococcico Bruschettini che abbiamo immesso per via endomuscolare allo scopo di evitare reazioni brusche ed intense che si possono avere con quella endovenosa.

In taluni casi abbiamo contemporaneamente ricorso anche ai vecchi metodi di provocazione, quali ingestione di birra, coito, strapazzi corporei, ecc.

In quasi tutti i casi con l'iniezione di vaccino abbiamo avuto reazioni focale, locale ed a volta generale.

Ci siamo occupati, come ben si comprende, della reazione focale rappresentata dalla riapparizione di un secreto per lo più scarso al meato urinario.

Tale secreto abbiamo esaminato microscopicamente con il risultato che in 16 casi ci è stato possibile di ritrovare il gonococco.

7) *Deviazione del complemento.* — Come risulta dalla letteratura questo metodo di ricerca, studiato per la prima volta da Müller, Oppenheim e Bruck, rappresenta un supplemento adatto ed a volte prezioso alle ricerche cliniche e batteriologiche, per ciò abbiamo creduto opportuno di servircene per il nostro scopo di indagini.

La reazione è stata eseguita sui restanti 20 casi dal prof. Spicca con i seguenti risultati:

D. C.: + in 6 casi.
D. C.: — in 14 casi.

Alle 6 reazioni positive le ulteriori ricerche e più precisamente la riattivazione chimica, di cui si dirà, hanno dato ragione in quanto la presenza del gonococco si è potuta mettere in evidenza.

La spermatocultura in 2 casi dei 6 a D. C. + è stata egualmente positiva.

8) *Riattivazione chimica.* — Questo esame consiste in istillazione di sostanze chimiche in soluzione nell'uretra. Blaschko propone la soluzione di Lugol; Schäffer l'argentamina al 0,3 %; Neisser il sublimato all'1:20.000 o all'1:10.000 oppure l'ossicianuro di Hg. all'1:5.000; Oppenheim il nitrato d'argento al 2 % oppure una soluzione di solfato di rame al 5 %.

Nel nostro Ambulatorio di accertamento abbiamo introdotto le schizzettature di nitrato di argento a dose bassa (0,10%) allo scopo di non ledere i tessuti in modo brutale mediante concentrazioni forti.

Le provocazioni da noi eseguite in questo modo hanno corrisposto sempre allo scopo in quanto con esse siamo riusciti sempre ad ottenere dopo uno-due-tre giorni il materiale necessario per le indagini microscopiche.

Su 20 casi, in 6, e che corrispondono alle 6 reazioni di deviazione del complemento, abbiamo potuto con la riattivazione chimica mettere in evidenza il gonococco.

9) *Spermatocultura.* — Utilizzata per la prima volta da Guepin, venne introdotta in venereologia da Lebreton come mezzo migliore per mettere in evidenza il gonococco in uretriti croniche ad esame microscopico e batteriologico negativi.

Vari metodi sono stati successivamente preconizzati, ma noi abbiamo creduto opportuno in riguardo a dette colture di procedere con varianti di una certa importanza.

Lo sperma, previa scrupolosa pulizia dei genitali e delle mani dapprima con saponate calde, poi con sublimato ed infine con alcool a 90°, veniva raccolto in capsula Petri, precedentemente riscaldata in termostato per 20-30 m'

circa, allo scopo di impedire la coagulazione e di non ledere la vitalità del gonococco.

Non abbiamo creduto opportuno di distribuire lo sperma in tubi di brodo-ascite per poi passarlo in terreni solidi (agar-ascite), come suggeriscono alcuni autori, perchè ci è sembrato che il gonococco in tali terreni non trovi l'ambiente più favorevole allo sviluppo, senza dire poi che se altri germi sussistono nello sperma associati al gonococco questi viene in breve tempo da essi sopraffatto.

Per ciò, prelevato il liquido spermatico dalla scatola Petri veniva in piccola quantità uniformemente steso su terreni solidi e precisamente su agar-ascite e su terreno di Giscard, che in precedenza erano stati controllati nella loro bontà con semina di gonococchi da culture pure esistenti in Clinica.

I tubi (3 di ciascun terreno per ogni esame) venivano presi all'atto dell'esame dal termostato regolato a 37° e dove erano stati posti prima per circa 20-30 m'. Venivano i tubi rapidamente riposti, dopo la semina, in termostato, dapprima in posizione orizzontale e poi verticalmente, per essere presi in esame dopo 18-24-36-48 ore e non più al di là perchè il gonococco si sviluppa o entro questi termini, anzi per essere più nel vero, entro 18-24 ore o non più.

Le colonie sospette venivano prese in considerazione nel senso che da esse si prelevava una minima quantità e si facevano dei preparati microscopici al Gram. Se i germi per la morfologia e la colorazione rassomigliavano ai gonococchi noi ne ricercavamo l'identificazione mediante ricerche biologiche (deviazione del complemento), le sole che ci potevano dire in maniera inequivocabile che trattavasi o non di gonococco.

Così operando abbiamo dovuto constatare ed associarsi ad altri A., come Janet, Debains, ed altri, i quali respingono le proporzioni ottenute da Lebreton (80 % di positività) inquantochè su 16 spermoculture noi abbiamo avuto 5 risultati positivi e cioè il 45,5 % di positività.

10) *Controlli microscopici.* — S'intende che i controlli microscopici costituiscono un tutto integrale con le altre ricerche delle quali, direi quasi, sono il corollario insieme sempre alle prove biologiche.

*
* *

Come risulta da quanto si è riferito le ricerche eseguite nell'Ambulatorio di accertamento di guarigione instituito nella Clinica Dermosifilopatica di Roma hanno dato piena ragione alle parole del Maestro che dicono « ...il giudizio rimane sempre di sola probabilità, la quale si avvicina tanto più all'assoluto quanto meglio le prove e gli esami sono stati eseguiti ».

In 79 pazienti infatti su 90 che clinicamente sembravano guariti dall'infezione blenorragica, attraverso gli esami di cui si è detto si è potuto riuscire a mettere in evidenza il gonococco.

Le cure riprese a seconda del caso, le osservazioni successive potranno condurre alla guarigione ed a togliere dalla circolazione un numero non indifferente di individui che sino allora considerati e considerandosi guariti avrebbero continuato nella diffusione di una infezione che è bene che il profano sappia di quale entità sia, potendo, oltre alle lesioni più o meno gravi degli organi urinari e genitali (il gonococco ha aperto il vasto campo della ginecologia) arrivare a dar luogo a manifestazioni cutanee (esantemi bollosi ed emorragici, ipercheratosi, orticaria, eritemi, ecc.); ad affezioni dei vasi sanguigni e linfatici; a complicazioni a carico dell'apparato motorio (artrite gonorroica, osteopatie, come periostiti, osteo-periostiti ipertrofiche, osteomieliti acute blenorragiche, miositi, tenosinoviti, borsiti); fatti a carico del cuore (miocardite, pericardite e segnatamente l'endocardite); quelli a carico del sistema nervoso che dalle semplici neurosi (isteria, melanconia, ipocondria) possono andare fiino ai più gravi fenomeni cerebrali, come emiplegie determinate o da embolie del germe sui vasi cerebrali o da endocardite gonococcica maligna, poliomelite, meningomielite, mielite per il diffondersi del gonococco nelle meningi e nel liquor; fatti infine a carico degli organi di senso, specialmente dell'apparato della vista (congiuntiviti, iriti, oftalmiti, cecità).

Per concludere, se il medico cosciente va cauto nel giudicare della guarigione della blenorragia e si serve non di parole, ma dei mezzi dei quali noi abbiamo fatto un elenco e vagliati nel loro reale valore, il che ci ha condotto verso la considerazione che non sono sufficienti se isolatamente presi mentre praticati insieme ben si coadiuvano e con i risultati di cui si è detto, potrà far opera veramente di « buon medico ».

RIASSUNTO.

Indicati i vari metodi di accertamento di guarigione della blenorragia, l'A. fa rilevare che da essi si possono trarre sicuri criteri, quando sono praticati non isolatamente, ma insieme, perchè i risultati si coadiuvano.

SEMEIOTICA.

Il significato terapeutico-prognostico del reperto sierologico nella lues.

F. Bernstein (*Deut. Med. Woch.*, 1, 1933) confrontando i risultati ottenuti in migliaia di malati con la reazione di Wassermann, e quelli di flocculazione (Kahn, Müller e Meinicke), ha trovato più di 100 casi in cui esse erano positive, mentre la R. W. era negativa; di questi 100 casi, solo il 2,26 % erano di natura aspecifica, mentre il fattore dell'« aspecificità » saliva, nei casi a sola R. W. positiva, sino al 29 %.

Va inoltre notato che nel 77 % dei casi in cui le sole reazioni di flocculazione erano positive, si trattava di lues bisognosa di cura: e che il 26 % delle infezioni primarie ha dato una risposta positiva soltanto con le reazioni colloidali.

È dunque evidente che il risultato di queste ha importanza non soltanto da un punto di vista diagnostico, ma anche prognostico e terapeutico. V. SERRA.

CASISTICA.

Epilessia e narcolessia associate con iperinsulinismo.

S. Harri (*Journ. Amer. Med. Assoc.*, 4 febbraio 1933) riferisce su 3 casi di epilessia ed uno di narcolessia associati ad iperinsulinismo; in essi, la glicemia, da 0,6 per 1000 saliva a 0,9-1,1 dopo l'ingestione di 100 grammi di glucosio.

Tale osservazione fa intravedere un possibile rapporto fra l'epilessia e la narcolessia, da un lato, e l'ipersecrezione delle isole del pancreas, dall'altro. Sarebbe pertanto opportuno il fare delle ricerche sulla glicemia e la tolleranza al destrosio, nei pazienti con attacchi ricorrenti di incoscienza, con o senza convulsioni.

L'iperinsulinismo (come l'ipertiroidismo) si troverebbe prevalentemente in giovani adulti ed andrebbe considerato come una vera malattia del pancreas, non diversamente dall'ipoinsulinismo (diabete mellito).

L'esistenza di un tipo di epilessia connessa o dovuta ad iperinsulinismo funzionale fa intravedere la possibilità di trattare alcuni casi di epilessia con una dieta opportuna in modo da mantenere la glicemia ad un livello superiore a quello in cui possono manifestarsi le convulsioni ipoglicemiche.

I bromuri possono frenare le convulsioni epilettiche associate all'iperinsulinismo mediante l'inibizione della secrezione di insulina, in modo da mantenere la glicemia ad un livello superiore a quello in cui si hanno le convulsioni. In tali casi, però, i bromuri non sono consigliabili per i dannosi effetti del bromismo; meglio vale ricorrere ai preparati barbiturici, alla belladonna, all'efedrina, unitamente alla dieta adatta.

È possibile che, in alcuni casi di epilessia con iperinsulinismo, siano in causa degli adenomi del pancreas, per cui in qualche caso può essere messo in discussione un intervento chirurgico. *fil.*

La forma narcolettica dell'ipoglicemia.

G. Marinesco, E. Façon, A, Bruch e A. Paunceso-Podeano (*Ann. de Médecine*, febbr. 1933) riportano il caso di un individuo di 47 anni, di conformazione acromegaloide, con pressione arteriosa un po' elevata, senza disturbi viscerali o neurologici, salvo degli accessi di sonnolenza (che arriva al sonno profondo), provocati da mancanza o ritardo dell'alimentazione.

L'accesso si inizia con una difficoltà progressiva nell'esecuzione dei movimenti e con sonnolenza; dopo 15-20 minuti, il malato è agitato, ha dei tremori ritmici degli arti e sudori abbondanti. Il polso è a 60. Dopo 30 minuti, dorme abbastanza profondamente. Avvicinando allora uno spicchio d'arancia alle labbra, egli l'inghiottisce avidamente. Dopo aver mangiato a sazietà, l'intelligenza ridiventa lucida, cessa la traspirazione e l'individuo si mostra del tutto normale.

Durante l'accesso, si ha una glicemia di 0,5 per 1000. Le curve della glicemia dopo l'ingestione di glucosio dimostrano che la funzione interna del pancreas è normale; la normalità di quella esterna è dimostrata dall'esame coprologico. L'assenza dei disturbi del tono vascolare e muscolare fa altresì eliminare l'esistenza di un'insufficienza surrenale.

La radiologia cranica dimostra un allargamento della sella turcica, da interpretarsi come segno di iperplasia ipofisaria.

Gli AA., riferendosi in parte alle idee di Salmon, secondo cui l'ipofisi ha grande importanza nella fisiologia del sonno, ritengono che in questo individuo, la comparsa brusca di uno stato di ipoglicemia si faccia sentire sull'ipofisi. Questa, pure trovandosi in stato di ipofunzione, tenta di reagire per ristabilire l'equilibrio glicemico turbato, mediante un'abbondante secrezione preipofisaria la quale conterrebbe, secondo Zondek, del bromo. Si spiegherebbero così lo stato di sonnolenza del malato osservato, nonchè forse anche i così detti stati comatosi ipoglicemici e la loro comparsa e scomparsa rapida sotto forma di accessi.

fil.

Il sonno come occasione di malattia.

A. Campani (*Gazz. degli Osp. e delle Clin.*, 5 marzo 1933) richiama l'attenzione sulla importanza che può avere il sonno come occasione di malattie, specie reumatiche, nel senso di un affievolamento che si verifica, durante le ore di riposo notturno, di alcune difese organiche contro le cause nocive (gioco dei vasomotori come difesa contro il raffreddamento nelle prime ore del giorno, riflessi tracheali e

bronchiali contro la penetrazione di sostanze estranee, ecc.). Ritiene pertanto utile che si insista su alcune pratiche profilattiche (*toilette* serale della bocca e delle prime vie respiratorie, uso di piccole dosi di salicilici da prendere prima di coricarsi quando si sia incorsi in una causa di strapazzo), che possono ridurre di molto e spesso sopprimere i pericoli dell'inerzia fisiologica notturna. C. TOSCANO.

TERAPIA.

Il trattamento della difterite maligna col siero e col neosalvarsan.

E. Glatzer (*Monatssch. f. Kinderheilk.* e *Wiener klin. Wochens.*, 3 febbraio 1933) ha trattato con tale terapia 44 casi, negli anni 1929-1931.

Divide i casi in 4 gruppi: 1) Difterite maligna, con tutti i sintomi (pseudomembrane, edema, *foetor ex ore*) con lieve nefrosi e senza componente emorragico (15 casi). 2) Forme più gravi con lieve tendenza emorragica e fragilità vasale (13 casi). 3) Forme gravissime, con imponenti emorragie e trombopenia di alto grado (13 casi). 4) Moribondi (3 casi).

Fu messo in opera il trattamento seguente. Siero antidifterico ad alto titolo: 100.000-200.000 unità immunizzanti (ultimamente, dosi minori); dosi più elevate furono usate nei disturbi circolatori post-difterici e nelle paralisi post-difteriche. Inoltre, iniezioni endovenose di neosalvarsan con 15-30 cg. al giorno, fino ad una quantità totale di g. 1-1,5. Le pseudomembrane necrotiche nella cavità orale vennero asportate con pinzette e forbici, lavando parecchie volte al giorno la bocca con acqua ossigenata. Come trattamento generale, cardiazol per os fino a ristorare l'attività cardiaca e somministrazione di alimentazione ricca in lipoidi (4 rossi d'uovo al giorno).

I morti furono: 2 per il primo gruppo, 2 per il secondo, 3 per il terzo e 3 per il quarto. Poichè la mortalità di queste forme di difterite viene calcolata sul 60 %, se ne deduce che il trattamento ha avuto un buon successo.

fil.

L'uso di siero umano fresco nella meningite da meningococco.

J. Bunim e F. Wies (*Journal A. M. A.*, 21 gennaio 1933) descrivono un caso di meningite cerebro-spinale in cui la terapia con antisiero aveva sì prodotto un netto miglioramento clinico ma non una sterilizzazione del liquido cefalo-rachidiano. Si pensò allora di iniettare endorachidealmente siero fresco umano normale, seguìto da una dose addizionale di siero: il risultato fu prontissimo perchè il liquido cefalo-rachidiano divenne quasi immediatamente sterile. La proporzione è di 5 cc. di siero fresco umano con 15 cc. di siero antimeningococcico.

G. LA CAVA.

La pleurite febbricolare cronica: sua cura con l'antigene metilico.

Ch. Mantoux (*La Presse Méd.*, 18 genn. 1933) riferisce di avere adoperato ormai da cinque anni — e con i più lusinghieri risultati — l'antigene tubercolare metilico di Nègre e Boquet (Istituto Pasteur) nella cura di quelle forme febbricolari croniche e resistenti alle comuni terapie, che decorrono con modiche elevazioni termiche, diminuzione del peso, astenia, assenza di tosse e di espettorazione, e negatività dell'esame radiologico del polmone, se se ne esclude la presenza di cicatrici pleuriche d'antica data.

La somministrazione dell'antigene tbc. è stata praticata col comune metodo progressivo ed è stata sempre ben tollerata.

V. SERRA.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Azione del rodio colloidale nelle peritoniti sperimentali.

Per la sua struttura e per l'adattamento filogenetico la sierosa peritoneale si presenta molto agguerrita contro le infezioni esogene ed endogene a cui è esposta sia per la sua estensione che per gli organi che ricopre. Però, ad onta di questa sua resistenza contro le infezioni, non sempre riesce a vincerle, onde la necessità di escogitare mezzi adatti a rinforzare, esaltare e coadiuvare questi poteri defensionali.

Diversi sono stati i mezzi proposti ed usati fino ad oggi, e solo da poco è entrato nella pratica chirurgica e medica l'uso dei metalli colloidali. Però il pericolo a cui espone l'uso dei metalli colloidali (lo choc colloidoclasico), specie se si pensa che essi vengono usati per lo più in organismi già indeboliti dalle infezioni da combattere, ha fatto sorgere la necessità di usare colloidi che avessero i vantaggi dei metalli colloidali, ma che per la loro omogeneità di sospensione attutissero o addirittura eliminassero detto pericolo.

F. Di Primio (*Riv. Ital. di Terapia*, n. 10, 1932) ha esperimentato su un gran numero di conigli e con quattro tipi diversi di esperimenti (inoculazione endoperitoneale di B. coli e di streptococco; ferita di un'ansa intestinale con versamento di materiale fecale, pulizia e sutura intestinale; ferita intestinale da punta e taglio abbandonata a sè stessa; esclusione di un tratto di colon ed anastomosi colo-colica termino-terminale), il Rodio colloidale (Lantol), deducendo dai risultati avuti che, il Rodio agisce efficacemente sia direttamente sui batteri per mezzo delle micelle, sia stimolando ed esaltando i poteri naturali di difesa del peritoneo (iperleucocitosi), e che inoltre il Rodio agisce molto meglio quando i poteri di difesa organica non siano stati bloccati dal rapido invadere della infezione.

Sarà perciò buona tecnica l'uso generoso del colloide prima dell'intervento ogni qualvolta esistono possibilità di inquinamento del peritoneo per condizioni inerenti alla infermità per cui si interviene (interventi a caldo).

A. Pozzi.

AFORISMI.

Aforismi sulla tubercolosi.

Per non trascurare la radioscopia necessaria, se ne devono fare molte di inutili.

Un'emottisi costituisce un'indicazione assoluta per l'esame radioscopico.

La pleurite secca è molto più rara di quanto generalmente si crede.

La diagnosi di febbre tifoide va sempre verificata dal laboratorio. Non si deve attendere la caduta della febbre per fare l'esame radioscopico di un febbricitante sospetto.

Per quanto riguarda il trattamento, il riposo è il fattore essenziale di guarigione ed il pneumotorace costituisce il migliore dei riposi; non si deve credere però che la realizzazione di un pneumotorace sia sempre sufficiente per mettere in reale riposo il polmone, spesso le aderenze lo impediscono. Il pneumotorace è efficace soltanto nelle lesioni recenti; è inutile continuarlo se, dopo tre mesi, il malato espettora ancora dei bacilli.

Un trattamento che lascia persistere dei bacilli negli sputi è da considerarsi come insufficiente; lo si deve abbandonare o completare.

I sali d'oro costituiscono la cosa migliore e peggiore.

È meglio essere bene sorvegliati in un clima mediocre che essere abbandonati a sè stessi in uno eccellente.

Ogni medicamento che non fa del bene ad un tubercoloso, gli fa del male.

La sovralimentazione è l'ultimo flagello inflitto al tubercoloso. (P. Perrin, in *Journ. des praticiens*, 28 genn. 1933). *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. S. S. da B.:

L'impiego parenterale di estratto epatico è molto più attivo che la somministrazione di fegato *per os*. L'efficacia attribuita ai preparati dalle singole Case varia notevolmente. Non si possono dare indicazioni precise circa le dosi; conviene affidarsi alla regola di mantenere la quantità di emazie costantemente al disopra di 5 milioni per mmc. (in genere basta l'estratto di 25 g. di fegato ad intervalli di una settimana, oppure quantitativi maggiori ad intervalli maggiori). A. P.

Al dott. A. R. da R.:

Suggeriamo: « Consultazioni di Clinica, Dietetica e Terapia Infantile del prof. F. Valagussa e « Manuale di Pediatria Pratica » del prof. M. Flamini, l'uno e l'altro editi dalla Casa L. Pozzi, Roma. M. P.

VARIA.

La terapia col veleno delle api.

Le osservazioni fatte sui buoni risultati ottenuti mediante la puntura delle api in certe malattie ha indotto ad isolare il veleno e ad usarlo sistematicamente.

L'isolamento del veleno è stato fatto da Langer da 12.000 pungiglioni estratti insieme con la vescichetta del veleno e messi in alcool a 96°. Si filtrano e si polverizzano, estraendoli poi con acqua; l'estratto viene poi precipitato con alcool a 96° e lavato con alcool assoluto ed etere. Si ottiene così una sostanza lamellare che non è priva di albumina e che viene ulteriormente purificata sciogliendola dapprima in acqua distillata debolmente acidificata con acido acetico e poi aggiungendo ammoniaca concentrata; con successive precipitazioni e discioglimenti, si ottiene la sostanza attiva priva di albumina e di ceneri, che Langer ritiene sia una base organica.

Ricerche chimiche più fini ha compiuto Flury, il quale ha caratterizzato tale sostanza come una combinazione complessa contenente lecitina ed una parte basica; essa costituirebbe una forma di passaggio fra le sapotossine di origine animale (veleno dei serpenti) ed i veleni del gruppo della cantaridina.

Tale veleno provoca dolori acuti ed infiammazione. Al punto di iniezione si ha una necrosi dei tessuti con iperemia collaterale ed edema. Iniettato per via endovenosa, in alta concentrazione, provoca contrazioni cloniche che diventano poi generali e si accompagnano a trisma ed a nistagmo; la morte avviene per cessazione del respiro. Notevole è anche l'azione emolitica, analoga a quella del veleno dei serpenti.

Nell'uomo, in seguito a puntura di api e di calabroni, si sono avuti anche gravi fenomeni da parte del sistema nervoso centrale: svenimento, deliri, sonnolenza; sono citati anche casi di morte, in cui è entrato probabilmente il fattore dell'idiosincrasia.

Vi sono anche individui più o meno immuni, che non risentono, o soltanto scarsamente, l'azione del veleno.

Con tale veleno si sono allestite delle preparazioni da usarsi in terapia, le quali sono prive di proprietà emolitiche. Si usano per iniezioni intracutanee e sembrano soprattutto utili nel trattamento delle sciatiche, delle neuralgie e delle mialgie; miglioramenti si ottengono anche nelle poliartriti. In generale, specialmente per queste ultime, l'uso è più indicato nelle forme torpide, quasi senza reazioni. W. Fehlow (*Deut. med. Wochens.*, anno 58, n. 9) riporta diversi casi curati con tale metodo e conclude che esso è senza pericolo, purchè si eliminino i casi che alla iniezione di prova presentano dell'idiosincrasia e si gradui la cura a seconda del tipo reazionale dell'individuo.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

L'efficienza delle Casse Mutue Malattie per gli operai.

In relazione ai principii fissati dalla « Carta del Lavoro » per la costituzione delle Casse Mutue Malattia col contributo degli imprenditori e dei prestatori d'opera, il Ministro delle Corporazioni ha compiuto un'indagine sulle realizzazioni compiutesi in questo campo da parte delle Associazioni Sindacali nell'industria.

I risultati della indagine sono esposti in uno studio, pubblicato dalla rivista « Sindacato e Corporazione », sull'efficienza raggiunta al 31 dicembre 1932 dalle Casse Mutue Malattia e sui risultati economici e finanziari della loro gestione nel 1931.

Alla fine del dicembre ultimo scorso gli enti mutualistici dell'industria risultavano ormai trasformati quasi tutti in enti a contribuzione ed amministrazione paritetiche e comprendevano 1474 Mutue aziendali, 114 interaziendali e 287 professionali, rispettivamente con 502.718, 203.043 e 588.114 iscritti.

A queste cifre, che rappresentano complessivamente un totale di 1885 enti mutui con 1.293.875 iscritti, occorre aggiungere quelle relative a quattro enti a carattere nazionale per l'industria della stampa, per i dipendenti delle Aziende private del gas, per gli orchestrali e per gli artisti lirici, che elevano il numero degli enti a 1889 e quello degli inscritti a 1.356.375.

Particolare rilievo assumono i dati concernenti i risultati di gestione per il 1931 delle mutue aziendali, interaziendali e professionali i quali danno all'entrata, per contributi dei datori di lavoro L. 21.993.548,50, per contributi dei lavoratori L. 23.334.972,35, per altri cespiti L. 5.129.841, con un totale di L. 50.450.366,85, e all'uscita per sussidi di malattia e di puerperio L. 24.430.848,87, per sussidi di decesso L. 689.457,65, per onorarî ai sanitari L. 5.872.610,41, per spedalità lire 544.604,74, per medicinali L. 1.863.216,33 e per altri titoli L. 8.704.875,88, con un totale di L. 41.124.613,88.

L'indagine ha anche accertato i progressi realizzati nel campo mutualistico in agricoltura, ove al dicembre scorso si avevano 11 mutue con circa 140.000 inscritti e ha dato infine interessanti notizie complementari sull'efficienza raggiunta dal movimento mutualistico per l'assistenza malattie dai prestatori d'opera nel commercio e nei trasporti.

Provvedimenti per la categoria dei " dentisti pratici ".

Il Capo del Governo ha presentato alla Camera il disegno di legge concernente la sistemazione giuridica di alcune categorie di dentisti pratici.

Il provvedimento è stato concretato in modo da escludere, a priori, qualsiasi carattere di sanatoria generale, che non si addirebbe allo stile fascista improntato al più rigido senso della legalità e della giustizia. Si tratta soltanto di una « revisione di casi individuali » o sorretti da un fondamento giuridico (diritti quesiti non riconosciuti dal legislatore del tempo) o meritevoli di considerazione sotto il profilo dell'equità perchè costituiscono dei fatti acquisitivi superiori alle semplici « aspettative ».

Con il provvedimento viene concessa entro il 30 dicembre 1934, in seguito ad una prova di esami, l'abilitazione all'esercizio della odontoiatria e protesi dentaria a coloro che, sprovvisti di laurea in medicina e chirurgia, si trovino in una delle seguenti condizioni: di avere, all'entrata in vigore della legge 31 marzo 1912, esercitato, personalmente e notoriamente, l'odontoiatria; di aver prestato servizio di odontoiatra, durante la guerra libica o quella del 1915-18, nel Regio esercito, nella Regia marina od in corpi assimilati, sebbene non fossero abilitati all'esercizio dell'odontoiatria; di non aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione a norma della legge 23 giugno 1927, quantunque, alla sua entrata in vigore, fossero in possesso dei requisiti per conseguirla; di non aver conseguito l'abilitazione professionale per non avere ancora ottenuto, all'entrata in vigore della legge, la cittadinanza italiana, quantunque in possesso degli altri requisiti; di non aver conseguito, nelle stesse circostanze, l'abilitazione, perchè indipendentemente dalla cittadinanza, non si trovavano, all'entrata in vigore della legge, in possesso della concessione per odontotecnico di cui alle ordinanze 1914, del cessato Impero Austriaco; di aver esercitato, personalmente e notoriamente, l'odontoiatria nel cessato Stato libero di Fiume, quantunque sprovvisti dell'autorizzazione del Capo del Governo di detto Stato o dell'abilitazione rilasciata dal Ministero dell'Interno di Budapest.

La prova di idoneità sarà data presso le Regie Università designate dal Ministero dell'Educazione Nazionale.

Cronaca del movimento professionale.

5° Congresso e 3° Consiglio del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici.

S. E. il Capo del Governo ha prorogato fino al 28 ottobre la chiusura della Mostra della Rivoluzione Fascista. Il Direttorio del Sindacato Nazionale Medico ha stimato perciò conveniente di prorogare al mese di ottobre il Congresso già annunziato per i giorni 21-22 maggio. In tal modo esso potrà coincidere con la riunione del Consiglio Nazionale del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici.

Il Congresso avrà così maggiore preparazione anche nel campo culturale.

Saranno svolte le seguenti relazioni:

1) Il problema della natalità in Italia;

2) Il danno del dimagramento eccessivo della donna;

3) Valore terapeutico delle acque sulfuree;

4) Il problema della stampa medica.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AGNADELLO (*Cremona*). — Scad. 15 lug.; lire 11.000 e addizionali di L. 2,50 e L. 3 sopra il primo e il secondo migliaio di poveri; c.-v.; trasp. L. 1500; ambulat. L. 300.

ATELLA (*Napoli*). — Scad. 30 giu.; L. 9500 e due sessenni dec.

BRUGHERIO (*Milano*). — Scad. 30 mag.; 2ª cond.; L. 9000 oltre L. 3080 automob.; età lim. 45 a.

BRUSSON (*Aosta*). — Scad. 30 giu.; consorzio; L. 8800 e 10 bienni ventes., oltre L. 3080 trasp., L. 704 uff. san.; da ridurre del 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

CAMUGNANO (*Bologna*). — Scad. 31 mag.; 2ª cond.; L. 9800 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v. e L. 3000 trasp., L. 500 ambulat.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

CAPUA (*Napoli*). *Congregaz. di Carità*. — Scad. 17 lug.; oculista capo del 3° reparto clinica oftalmica del dipendente Ospedale; L. 800 annue; età lim. 40 a. Specialista nel ramo oftalmico.

CARRÈ (*Vicenza*). — Scad. 31 mag.; con Chiuppano; rivolgersi Segret. com.

CASELLE (*Torino*). — Scad. 30 giu.; consorzio Caselle Torinese-Borgaro; L. 8000 e aumenti periodici fino al massimo di L. 4000 dopo 20 anni di servizio; trasp. L. 1400; uff. san. L. 750.

CENGIO (*Savona*). — Scad. 30 giu.; L. 9000 aumentabili; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa lire 50,10.

FORMAZZA (*Novara*). — Per titoli. Concorso al posto per la condotta medica del Comune di Formazza. Essa ha la superfice di Kmq. 15 tutto in montagna. La popolazione è di abitanti N. 659. Scadenza 31 maggio 1933. Stipendio per servizio del medico condotto L. 10.000, più L. 5 per ogni povero ammesso alla cura gratuita in più di trenta. I poveri inscritti nell'elenco attuale sono N. 20. Indennità di alloggio L. 1.500. Indennità di trasporto L. 3.500. Indennità di ambulatorio L. 150. Indennità caro-viveri di Legge N. 338. Lo stipendio e le indennità vanno soggetti alla ritenuta del 12 % a norma di legge. Le domande in bollo da L. 3 devono essere corredate dai seguenti documenti, stesi su competente carta da bollo e debitamente legalizzati: 1) ricevuta del pagamento della tassa di concorso di L. 50,05; 2) certificato di nascita; 3) certificato di cittadinanza italiana; 4) certificato penale; 5) certificato di buona condotta; 6) certificato medico di sana e robusta costituzione; 7) certificato di stato di famiglia; 8) diploma di laurea in medicina e chirurgia in originale o in copia notarile; 9) tutti gli altri documenti e titoli d'interesse del concorrente e fra di essi quelli comprovanti il servizio militare prestato. I documenti di cui ai N. 4, 5 e 6 saranno di data non anteriore a tre mesi dalla data del presente avviso (1° maggio 1933). Il medico nominato dovrà assumere servizio entro un mese dalla nomina.

FRANCOLISE (*Napoli*). — Scad. 20 giu.; L. 9500 e 4 quadrienni dec., oltre indenn. cavalc.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

GIUMARRA. — (Vedi RAMACCA).

FIRENZE. *Spedale S. Giovanni di Dio*. — Scad. 15 giu., ore 16; assistente chirurgo; L. 5000 oltre L. 1200 indenn. guardia, c.-v., compartecipaz.; ritenute e riduzioni di legge; età lim. 30 a.; laurea da non oltre 5 anni; doc. a 3 mesi; nomina biennale; titoli.

MACERATA. *Consorzio Prov. Antitubercolare*. — Dovendosi apportare alcune varianti ai Capitolati di servizio, i concorsi banditi rispettivamente con avvisi 15 e 18 marzo 1933, n. 153 e n. 543, per la nomina del Medico Aiuto dell'Istituto di cura di Villa Montalbano in Macerata, nonchè delle Assistenti Sanitarie Visitatrici pei Dispensari di Macerata, Matelica e Cingoli, sono revocati. Macerata, 20 aprile 1933-XI.

MONTEDORO (*Caltanissetta*). — A tutto il 14 lug.; con Bonpensiere; L. 14.000 oltre L. 1500 cavalc. e L. 500 uff. san.; decurtaz. 12 %; età lim. 40 a.

MONZA. *Comune*. — Scad. 30 giu.; 3ª condotta esterna (per la frazione di S. Fruttuoso); documenti di rito obbligatori; tassa L. 50.

NUORO. *Amministrazione Provinciale*. — Con deliberazione del 18 aprile u. s., il termine per la presentazione delle domande e dei documenti per il concorso al posto di coadiutore della Sezione Medico-Micrografica dei Laboratori Provinciali di Igiene e Profilassi, è prorogato alle ore diciotto del giorno 15 giugno 1933-XI. Stipendio L. 14.000. Indennità di servizio attivo L. 2.000. Cinque aumenti quadriennali del decimo. Per le altre norme rivolgersi alla Segreteria Provinciale di Nuoro.

PAVIA DI UDINE. — Scad. 15 lug.; L. 8000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 500 serv. att., L. 3000 cavallo o automob.; c.-v.; riduz. 12 %. Chiedere bando.

RAMACCA (*Catania*). — Per titoli. Posto per la condotta medica della frazione Giumarra. Il termine di scadenza del concorso stabilito pel 31 marzo è stato, con bando del 24 aprile, prorogato di novanta giorni. Stipendio annuo iniziale di L. 10.000 a lordo delle ritenute di legge aumentabile di un decimo per ogni quinquennio e per quattro quinquenni, oltre indennità di cavalcatura in L. 1500 annue pure al lordo. La domanda in carta bollata di L. 3, insieme ai prescritti documenti il cui elenco e modalità potranno desumersi dal nuovo bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale di Ramacca, dovranno pervenire alla Segreteria predetta non oltre le ore diciotto del 24 luglio 1933.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni (Ferrovie dello Stato)*. — Concorsi per titoli ai seguenti posti di Medico di riparto: Pescara III (Ancona); Portomaggiore, Massalombarda (Bologna); Lentini II (Catania); Montale Agliana (Firenze); Mignanego (Genova); Sesto Calende, Pontecurone, Luino, Lonato (Milano); Vinchiaturo, Maddaloni Inferiore, Minturno, Avellino II (Napoli); Cefalù II, Caltanissetta III, Castelvetrano III (Palermo); Noceto, Massa, Giuncarico (Pisa); Capranica, Grotte S. Stefano, Attigliano, Gallese, Civitavecchia IV, Roccaraso (Roma); Lancenigo (Venezia). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 10 giugno 1933-XI.

ROVIGO. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 30 giu.; direttore del Consorzio e del Dispensario Prov.; L. 20.000 oltre L. 1500 indenn. carica; età

lim. 45 a.; titoli ed esami; divieto libero eserc. fatta eccezione della consulenza specifica in luogo.

SPEZZANO (*Albanese*). — Scad. 45 giorni dal 10 aprile; L. 6500 lorde 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi.

TRAPANI. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Per titoli ed esami. Concorso al posto di Direttore Tecnico-Sanitario del Consorzio, Direttore del Dispensario Provinciale. Stipendio annuo lire 16.000, oltre una indennità di servizio attivo in L. 5500 e la indennità di carica in L. 4000. Lo stipendio e le indennità sono soggette alle ritenute di legge e alla riduzione del 12 %. È inibito il libero esercizio della professione di medico chirurgo; è consentita solo la privata consulenza nei limiti stabiliti dal Regolamento organico. È inoltre vietato di accettare qualsiasi incarico per conto di privati o di altre Amministrazioni ed Enti. È fatto obbligo della residenza nel Capoluogo della Provincia dove ha sede il Consorzio. La domanda in carta da bollo di L. 3 corredata dai prescritti documenti l'elenco dei quali con tutte le occorrenti modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria del Consorzio, debbono pervenire non oltre le ore diciotto del 30 giugno 1933 al Presidente del Consorzio Antitubercolare (Palazzo della Provincia), Trapani.

TREDOZIO (*Forlì*). — Scad. 31 mag.; condotta di Levante; L. 11.000 e 10 bienni ventes., L. 1250-2500 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Premio Lombroso.

Anche nel corrente anno 1933 l'Amministrazione dell'« Archivio di Antropologia Criminale e Medicina Legale » apre un concorso, per un lavoro su argomenti di Antropologia Criminale, al premio intitolato a Cesare Lombroso. Il premio è di L. 1000.

Il concorso si chiuderà al 31 dicembre 1933.

I concorrenti potranno trattare qualsiasi argomento di Antropologia criminale e in qualsiasi forma: monografie, studi anatomici, fisiologici, psicologici, esposizione ed illustrazione di casi criminali, biografie di criminali, elaborazione di dati statistici e simili.

Il lavoro o i lavori premiati che non fossero ancora stampati saranno pubblicati nell'« Archivio » e resteranno di proprietà della Casa Bocca.

I manoscritti saranno indirizzati alla direzione dell'« Archivio »; e, ove non siano firmati, debbono essere contraddistinti da un motto riportato su una busta chiusa in cui sarà il nome dell'Autore.

Il premio del concorso pel 1926 fu assegnato al dott. Giulio Tului, direttore delle Carceri Giudiziarie di Cagliari pel suo lavoro sui « Segregati ».

Il premio pel 1927 al prof. Mariano Ruiz Funes, di diritto penale nell'Università di Murcia (Spagna) pel suo lavoro sui rapporti tra « Endocrinologia e Criminalità ».

Il premio per l'anno 1928 al dott. Israel Castellanos di Cuba per la sua opera « La delinquenza femminile in Cuba ».

Il premio dell'anno 1929 fu assegnato al dott. prof. Benigno Di Tullio di Roma per la sua opera: « La costituzione delinquenziale ».

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Piero Varenna, docente di neurologia alla R. Università di Pavia, è nominato membro straniero della Società di patologia comparata di Parigi.

Con Sovrano *motu proprio* è stata conferita la commenda dell'Ordine della Corona d'Italia al prof. Francesco Galdi, ordinario di Clinica medica generale nella R. Università di Pisa; al dott. Giulio Lega, medico della Camera dei Deputati; al dott. Pietro Mistò, consigliere delegato-direttore della S. A. Compagnia Farmaceutica (Co-fa) di Milano. Ai tre insigniti dell'alta onorificenza i nostri rallegramenti.

Il dott. Lereboullet, professore di clinica della prima infanzia alla Facoltà Medica di Parigi, è eletto membro titolare dell'Accademia di Medicina di Parigi.

Il prof. Bremer, addetto alla clinica di Müller in Monaco di Baviera, è nominato direttore della clinica medica dell'Ospedale Elisabetta a Berlino.

Il dott. Karl-Heinrich Bauer, professore di chirurgia a Gottinga, è chiamato all'Università di Breslavia.

Il dott. Wilhelm Comberg, straordinario di oftalmologia a Berlino, è chiamato quale ordinario all'Università di Rostock.

Il dott. Ramón E. Ribeyro è nominato presidente dell'Accademia Nazionale di Medicina di Lima.

NOTIZIE DIVERSE.

Commissione internazionale per lo studio della malaria.

Dal 24 al 27 aprile si è riunita a Ginevra, presso la Società delle Nazioni, la Commissione per lo studio della malaria. Sono intervenuti: G. Bastianelli, Cantacuzène, Ciuca, Christophers, Hackett, James, Lutrario presidente, Missiroli, Nocht, Ottolenghi, Pampana segretario, Pittaluga, Ed. Sergent, Stanton, Swellengrebel, Watson e Wenyon.

Erano all'ordine del giorno: 1) La terapia della malaria; 2) L'abitazione e la malaria; 3) La malaria dei delta; 4) Esame della candidatura al premio della Fondazione Darling; 5) Questioni diverse.

Suscitarono particolare interesse il rapporto redatto da James sulla terapia della malaria e quello redatto da Christophers e Missiroli sull'abitazione e la malaria.

14° Congresso internazionale di oftalmologia.

Come ne demmo già notizia, si è svolto a Madrid con l'intervento dei più celebri oculisti di tutti i Paesi. Largo contributo hanno portato gli italiani.

Due argomenti furono oggetto di relazioni e di ampî dibattiti: la tubercolosi dell'occhio e il distacco della retina. Sulla tubercolosi oculare riferì il prof. Raverdino. Sul distacco della retina, oltre il prof. Ovio, dell'Università di Roma, delegato ufficiale e relatore, parlarono i proff. Mazzantini, Di Marzio, Sabbadini, Strampelli, Raverdino, Caramazza, Spinelli, Speciale-Piccichè.

Il prof. Di Marzio, direttore della Clinica di Bo-

logna, accompagnando la discussione con magnifiche proiezioni, recò il risultato di due metodi operativi sul distacco della retina, enumerando i successi ottenuti con esito di guarigione e dimostrando come il distacco della retina sia guaribile soltanto con l'operazione e mercè un pronto intervento operatorio. La percentuale delle guarigioni, al dire del Di Marzio, quando l'intervento è sollecito, va dal 60 all'80 per cento.

Sul tracoma e argomenti varii parlarono i proff. Ruata, Galeazzi e Gallenga.

Destò l'interesse dei convenuti un messaggio di Ramon y Cajal.

All'Esposizione Scientifico-Industriale, che ha avuto luogo nella sede del Congresso, fra i numerosi espositori esteri ha partecipato il Laboratorio Specializzato Farmaco-Oftalmico Italiano di Napoli con una ricca mostra dei proprî « Tubi Lux ». Fra i prodotti esposti, erano quelli riguardanti l'antivirusterapia in oculistica, metodo di cura praticamente attuato da detto Istituto.

1° Congresso internazionale sull'insufficienza renale.

Come abbiamo annunziato, è indetto a Evian per i giorni 18-20 settembre; sarà presieduto dal prof. Lemierre e ne saranno vice-presidenti i proff. Loeper e Pierry, segretario generale il dott. Etienne Bernard. Sono già annunziate moltissime comunicazioni. Per informazioni scrivere a: « Secrétariat du Congrès de l'Insuffisance Rénale », rue de Londres 21, Paris.

26° Congresso degli anatomici.

Dall'11 al 13 maggio si è tenuta a Lisbona la 26ª riunione dell'« Associazione degli anatomici »; all'organizzazione hanno molto contribuito i proff. Vilhena Da Costa e Raposo. Ai lavori hanno preso molta parte gli anatomici francesi, spagnoli e portoghesi.

1° Congresso francese di terapia.

Ne abbiamo già dato l'annunzio nel fasc. 9; la data è definitivamente fissata per i giorni 23-25 ottobre. Il congresso è posto sotto l'alto patronato del Presidente della Repubblica, il quale interverrà alla seduta inaugurale. Presidente è il prof. Maurice Loeper; tra i relatori è il prof. Devoto.

Sono ammesse comunicazioni sui temi di relazione e comunicazioni libere, nei limiti consentiti dalla durata delle sedute.

La quota d'iscrizione è stabilita in 100 franchi per i membri titolari, 50 per i membri associati e gli studenti in medicina. Per le iscrizioni rivolgersi al tesoriere, Dr. G. Doin, place de l'Odéon 8, Paris (6e); per quanto riguarda le relazioni e le comunicazioni, rivolgersi al segretario Dr. G. Leven, rue de Téhéran 24, Paris (8e).

L'Ospedale sanatoriale di Siracusa.

S. M. il Re, reduce dal suo viaggio in Cirenaica, si è soffermato a Siracusa, ove ha inaugurato l'ospedale sanatoriale. Ad accogliere il Re all'ingresso dell'ospedale erano il sottosegretario di Stato on. Solmi, l'on. Bottai, presidente della Cassa nazionale per le assicurazioni sociali, con i dirigenti della Cassa stessa, l'on. prof. Eugenio Morelli, il segretario federale avv. Urso, in rappresentanza di S. E. Starace e numerose altre personalità.

Il Sovrano ha tagliato il nastro tricolore che chiudeva l'ingresso e, seguito dagli invitati, è entrato nella sala centrale, ove il podestà di Siracusa gr. uff. Strano gli ha porto il saluto devoto e festante della città, mettendo in rilievo la mirabile campagna che svolge contro la tubercolosi il Governo fascista. Parlarono poi l'on. Solmi e l'on. Bottai che inneggiarono al Re ed al Duce, supremo animatore della battaglia antitubercolare.

I sanatori della Cassa Assicurazioni Sociali.

L'on. Bottai, presidente della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, allo scopo di rendersi conto, direttamente, di come si svolgono alla periferia i complessi servizi che nel campo della previdenza sociale le leggi affidano all'Istituto da lui presieduto, ha iniziato una serie di visite alle sedi provinciali ed agli stabilimenti dipendenti.

Dovunque l'on. Bottai ha apprezzato l'organizzazione sanatoriale creata dalla Cassa ed ha preso contatto con i dirigenti i servizi dell'Istituto e con i dirigenti delle associazioni sindacali.

Nuovi servizi igienici e assistenziali nella Provincia di Roma.

Il Rettorato Provinciale di Roma si è riunito sotto la presidenza di Don Piero Colonna, che ha riferito sull'inaugurazione del nuovo Istituto « Principi di Piemonte » per fanciulli deficienti, il quale già funziona regolarmente.

Ha di poi rilevato che, per effetto della legge 13 aprile 1933-XI, n. 298, i presidi saranno prossimamente chiamati alla presidenza delle Federazioni provinciali dell'Opera per la protezione della Maternità e dell'Infanzia, mentre ai segretari delle provincie, coadiuvati dal personale degli uffici provinciali, sarà affidata la gestione degli uffici della Federazione stessa.

Dopo varie deliberazioni, il Rettorato ha discusso sull'iniziativa di organizzare un razionale servizio antiadenoideo nei paesi della provincia. Tale servizio si inquadra nell'opera di assistenza sanitaria e sociale che svolge la provincia — particolarmente a vantaggio dell'infanzia — e potrà essere affrontato con una spesa non rilevante, appoggiandolo alla rete dispensariale e di consultorii, già esistente, del Consorzio Antitubercolare e dell'Amministrazione provinciale.

Situazione degli ospedali in Romania.

I medici della Romania hanno più volte richiamato l'attenzione del proprio Governo sulla situazione disastrosa degli ospedali, determinatasi a motivo della crisi economica. Di tale situazione si è fatto portavoce, al Parlamento, l'on. Hudit, i cui rilievi riguardano una zona ma sono validi per tutta la Nazione. In alcuni ospedali da 6 mesi non si corrispondevano più gli stipendi alle infermiere e da 9 mesi agli impiegati; non venivano pagati i fornitori, di modo che non si riusciva più ad avere nè medicinali nè alimenti. Anche l'on. Lupu ha recato, alla tribuna parlamentare, dei fatti impressionanti: in massima parte i 300 ospedali di contea ed i 1620 dispensari regionali non erano più funzionanti; la sanità pubblica era divenuta, per così dire, inesistente.

Il ministro della sanità, on. Joanitescu, ha riconosciuto esatti i rilievi; egli ha fatto un giro

d'ispezione ed ha trovato ospedali ove i pazienti erano privi di biancheria, di medicinali, di assistenza, di ogni conforto. Ha fatto presente al Consiglio dei Ministri la terribile situazione di 64 ospedali di Stato e di 229 ospedali provinciali ed ha chiesto 60 milioni di lei sull'introito della tassa per gli spiriti, ma ne ha ottenuto solo 10. In alcune zone le condizioni igieniche sono « le peggiori che possano immaginarsi ». Il ministro spera nelle lotterie, i cui introiti sono destinati alla sanità pubblica. Ha dichiarato: « Non v'è oggi nella Nazione un problema più serio delle deplorevoli condizioni della sanità pubblica ».

Elargizioni e legati.

Il cav. Enrico Del Mar, deceduto a Bologna, ha legato 50.000 lire all'Istituto Nazionale Vitt. Em. III per lo studio e la cura del cancro, di Milano.

I congiunti del compianto prof. Giovanni Noera, che fu un valoroso ed apprezzato neuropatologo a Palermo, su proposta del di lui figlio ing. Ignazio, con generoso slancio e gesto munifico, hanno dotato l'Ospizio Marino della città di un completo impianto elettroterapico e della biblioteca che appartennero all'illustre sanitario.

In occasione della campagna antitubercolare il Banco di Napoli ha erogato 60.000 lire a favore del Consorzio antitubercolare della Provincia.

Conferenze di fonetica biologica.

Nella seconda decade di maggio, per iniziativa del prof. G. Bilancioni, nella Clinica Otoiatrica della R. Università da lui diretta, la dott.a Auguste Jellinek terrà un ciclo di conferenze di Fonetica biologica. L'oratrice, aiuto del noto foniatra di Vienna prof. Fröschels, tratterà della psicofisiologia e della fisio-patologia del linguaggio infantile, dell'audimutismo e della sua terapia, dei disturbi della musicalità, della psicologia del cantante. Inoltre ella terrà una dettagliata relazione sulle condizioni attuali delle Istituzioni logopediche viennesi ed europee.

Onoranze al prof. Novaro.

Il grande chirurgo sen. prof. Giacomo Filippo Novaro ha compiuto in questi giorni il suo novantesimo compleanno ed in tale occasione è stato assai festeggiato. Il 2 corr., a Diano Marina, ove egli risiede, un corteo di cittadini si è recato ad acclamarlo. Ossequiato dal podestà Federico Lobetti-Bodoni, dal segretario politico dott. Saguato e da altre autorità, il Maestro riceveva poi un omaggio che lo commoveva profondamente: la visita di numerosi discepoli, partitisi da ogni parte d'Italia.

Il gr. uff. prof. Mosso, presidente degli Ospedali di Genova, porgeva al sen. Novaro il saluto e l'augurio, non solo a nome di tutti i chirurghi e medici presenti, ma anche di tutti coloro che erano stati impossibilitati ad intervenire. Il festeggiato rispondeva con lucida e commossa eloquenza, affermando che tale manifestazione di affetto era per lui il più bel premio riserbato alla sua vita di insegnamento.

Ebbe poi luogo una colazione in onore dell'illustre vegliardo, svoltasi in un'atmosfera cordiale e affettuosa. Fra gl'intervenuti erano il prefetto di Imperia avv. gr. uff. Giovanni Maria Formica, il sen. prof. Davide Giordano di Venezia, il prof. Badano, direttore degli Ospedali genovesi, i proff. Vittorio Maragliano, Gaetano Viale, Piras, Giudice, Rolla, Oberti, Drago, Luigi Durante, Segale, Casabona, Vignolo, Cardinale, Agnoli, ecc.

Alla fine, il prof. Durante leggeva numerose adesioni e l'ordine del giorno votato nel Congresso sanitario del 28 aprile, in cui vengono poste nel dovuto rilievo le benemerenze acquisite dal sen. Novaro, e la colazione si chiudeva brindando alla salute del festeggiato, gloria della chirurgia italiana. Si sono poi avuti numerosi altri arrivi di personalità chirurgiche e mediche italiane e un altro banchetto è stato organizzato in onore del senatore, rinnovandosi le dimostrazioni di simpatia e di deferenza verso l'illustre scienziato. Da ogni parte della penisola sono pervenuti a centinaia telegrammi e lettere augurali.

Onore agli scienziati in Russia.

Il « Comitato Esecutivo Centrale Pan-Russo » ha decretato il grado di « lavoratori onorari della scienza » — che pare sia il più alto ufficialmente conseguibile — a sei medici: prof. Alexis I. Abrikosov, per i suoi studî di patologia, e prof. Alexis W. Martynov, per la sua eminente attività chirurgica e didattica, tutt'e due appartenenti al Primo Istituto Medico di Mosca; prof. Ivan I. Grekov, del Secondo Istituto Medico di Leningrado, per avere formato molti allievi di valore scientifico in chirurgia; prof. Wladimir I. Wojachek, dell'Accademia Medica Militare, per le sue ricerche in otorino-laringologia; prof. N. Bourdenko, per i suoi studi scientifici di neuropatologia e per l'attività didattica; prof. Basil B. Cramer, per le sue opere di neuropatologia.

Esiste un'altra distinzione alta, ma riservata a pochissimi: è quella di scienziato mondiale, che impone del rispetto anche se i designati manifestano convincimenti politici non graditi al Governo.

Consultazioni mediche telefoniche in Inghilterra.

Il ministro inglese delle Poste ha diffuso per radio un avviso così concepito: « Il telefono vi fa risparmiare molti quattrini per visite mediche non necessarie. In caso di malattia, chiamate al telefono il vostro medico e in pochi minuti saprete quello che dovete fare, senza ricorrere alla spesa inutile della visita ».

L'avviso ha sollevato vive proteste nella classe medica, la quale deplora come un ufficio statale, a scopo pubblicitario, sanzioni il deplorato metodo delle consultazioni mediche a distanza ed il principio del lavoro professionale non retribuito.

Opportunamente la Lega dei medici tedeschi ha stabilito che le consultazioni mediche per telefono debbano essere tariffate come visite normali. Un altro mezzo difensivo consiste nel dichiarare, per telefono, che in genere, le consultazioni mediche non sono possibili senza l'esame diretto del paziente.

Consultazione radiotelefonica in mare.

Una consultazione per radio si è svolta tra il vapore « Pier Luigi », salpato da Napoli e diretto a Bengasi, e la Capitaneria del porto di Catania; la consultazione è stata data dal dott. Martorana,

a bordo del vapore « Città di Trieste » attraccato nel porto; due ore dopo si annunziava che il malato era fuori pericolo.

Viaggio medico.

La « Fédération Médicale, Thermale et Climatique des Pyrénées », ha organizzato un programma di viaggi alle Cevenne, ai Pirenei e alla costa orientale della Francia, durante i giorni 20 agosto - 10 settembre. Il viaggio è posto sotto il patronato delle due Facoltà Mediche di Bordeaux e di Montpellier. Esso si svolgerà in 4 parti, per ciascuna delle quali la quota varia tra 1000 e 1500 franchi; si può aderire ad ogni sezione separatamente e corrispondere la quota relativa in rate mensili di 200 a 300 franchi.

Chiedere il programma dettagliato, rivolgendosi a: Secrétariat des Voyages Cévennes-Pyrénées-Océan, La Malou (Hérault), Francia.

Gravi incidenti dovuti a difettosa vaccinazione antidifterica.

I quotidiani hanno dato notizia dei gravi incidenti, anche mortali, occorsi per le vaccinazioni antidifteriche, in unica dose, con l'anatossina Ramon non completamente disintossicata, fornita dall'Istituto Sieroterapico di Napoli.

Si sono verificati vari incidenti e tra i bambini trattati, alcuni sono morti.

Purtroppo, la storia della medicina ha spesso registrato disgrazie congeneri, sovratutto allorchè si è proceduto all'attuazione pratica di nuovi metodi curativi e profilattici.

Fatti del tutto analoghi a quelli oggi lamentati si verificarono, anni or sono, in vari paesi, allorchè si applicò in vasta scala, per le prime volte, la vaccinazione contro la difterite mediante la nota miscela tossina-antitossina (A.-T.) del Behring.

Anche allora si ebbero a deplorare vari decessi, perchè non sempre le dosi di tossina erano state sufficientemente neutralizzate dal siero.

È doloroso che il progresso della medicina debba non di rado comportare delle vittime, dovute, talvolta. o a negligenze o a errori od a tristi inevitabili fatalità.

Non ultime vittime ne sono talora gli stessi studiosi.

Esprimiamo la speranza che possano non risultare responsabilità dirette a carico del prof. Terni, direttore dell'Istituto, che ha così attivo passato di lavoro.

Esprimiamo, altresì, l'augurio che i penosi incidenti odierni non abbiano ad impressionare il pubblico, a danno delle vaccinazioni antidifteriche, le quali hanno ormai fatto brillantemente, le loro prove in ogni paese del mondo civile, con immensi e incontestabili successi.

* * *

Per ordine di S. E. il Capo del Governo l'opera di assistenza morale e materiale ai colpiti ed alle loro famiglie è stata organizzata personalmente dai Prefetti. Le condizioni della massima parte dei malati sono molto migliorate. Non si sono verificati nuovi casi e poichè è decorso o sta per decorrere quasi per tutti i vaccinati il periodo normale di incubazione, si può sperare che il doloroso fenomeno non si estenda.

L'infortunismo negli Stati Uniti.

Il Governatore dello Stato di New York, Lehman, aveva nominato una commissione composta di dieci medici, indicati dall'Accademia di medicina di New York e dalla Società Medica dello Stato, per prendere in esame gli abusi medici relativi all'applicazione delle leggi sugli infortuni e sulle malattie del lavoro. È stata presentata una relazione, che raccomanda, tra l'altro: la soppressione delle Società e delle Case di cura aventi per scopo manifesto lo sfruttamento degli infortuni; la compilazione di una lista di medici autorizzati a prestare la loro assistenza; la creazione di un comitato per l'esame dei reclami.

Prodotti radiferi fraudolenti.

La « Hamburger Aerztekammer », Camera dei Medici di Amburgo, ha richiamato l'attenzione dei medici e del pubblico sul fatto che vengono posti in commercio prodotti e apparecchi radiferi fraudolenti, come: compresse di radium. acque radioattive, emanazioni di radium ecc., che non possono fare i miracoli promessi a prezzi elevatissimi; anzi sono privi di azioni terapeutiche ed a volte pericolosi.

L'epidemia di tifoide di Pracchia.

La II Sezione penale della Corte di Cassazione ha emanato la decisione sul ricorso prodotto dall'albergatore Torello Cappellini di Pracchia contro la sentenza della Corte d'Appello di Firenze, che lo condannava a 6 anni di reclusione per omicidio colposo aggravato, per avere causato la morte di 16 persone e la malattia di altre 70, immettendo acqua inquinata nella nota fonte « La Fredda », che provocò una epidemia di tifo. Il ricorso venne discusso dagli avvocati Arturo Rocco e Giammaria Cornici, i quali sostennero la tesi dell'estinzione dell'azione penale. La Corte ha accolto questa tesi.

Per la sterilizzazione degli inadatti in Germania.

La « Deutsches Aerztevereinbund » in associazione con la « Hartmannbund », ha avanzato una petizione al Ministero Federale dell'interno, perchè venga promossa una legge federale che autorizzi la sterilizzazione per scopi eugenici. Oggi questa è punita dalla legge; verrebbe permessa se v'è il consenso della persona o di chi ne ha la tutela giuridica, su parere di commissioni regionali.

Un medico drammaturgo.

Notevoli sono i successi teatrali che il dott. Alfredo Muscatello ha conseguito; di recente il suo atto unico « Il cameriere di Kinberly » rappresentato dalla compagnia Ninchi è stato applauditissimo.

Di una setticemia stafilococcica è morto a 42 anni il prof. JEAN HUTINEL, figlio del reputato pediatra. Questi conta attualmente 86 anni; aveva un altro figlio, che è morto in guerra.

Il prof. comm. ALFREDO PERLA, primario nel Manicomio Criminale di Aversa e direttore del Sanatorio di Dugenta, è stato investito da un tram a Napoli; è morto mentre veniva trasportato all'Ospedale dei Pellegrini.

M. P.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Pathologica, 15 feb. — C. NINNI. Deviaz. del complem. nella tbc. con antigene metilico tbc.
Med. Welt, 25 feb. — Numero sull'influenza.
Journ. de Méd. de Bordeaux, 20 feb. — ORAISON. Come fare e interpretare un esame d'urine.
Gaz. d. Hôp., 22 feb. — N. H. MONORAUX. Le mucine.
Arch. di Patol. e Cl. Med., dic. — A. DALLA VOLTA. Mielosi megaloblastica pseudoaplastica.
Rev. de Méd., gen. — Numero sulle coliti.
Nutrition, 6. — Resoc. del Congresso internaz. sulla litiasi bil.
Brasil Med., 28 gen. — C. LIMA. Bacillo proteus XL e tifo esantem. — 4 feb. B. C. DE SOUZA ARAUJO. Il bacillo della lebbra è filtrabile?
Prensa Méd. Arg., 18 gen. — A. H. ROFFO. Suolo e cancro.
Jornal dos Clinicos, 30 gen. — C. FRAGA. L'educazione medica e lo spirito scientifico in clinica medica.
Journ. de Méd. de Lyon, 20 feb. — Numero di medicina infantile.
Paris Méd., 25 feb. — C. LIAN e N. A. BLONDEL. L'ipotensione arteriosa ortostatica.
Cl. Chirurg., gen. — A. TADDEI. Galattocele. — N. CIRILLO. Radiografia urologica intraoperatoria.
Bull. Méd., 25 feb. — Numero di urologia.
Lancet, 25 feb. — A. STANLEY GRIFFITH. Tisi polm. da bacilli bovini. — J. W. ORR. Leucemia monocitica.
Journ. A. M. A., 11 feb. — Numero radiologico.
Münch. Med. Woch., 24 feb. — G. A. ROST. Il problema dell'eczema. — S. J. TANNHAUSER, L. ASCHOFF. Pellagra e disturbi endocrini.
Proc. R. Soc. Med., feb. — Discussioni sui raggi X nella diagnosi e nel trattamento dell'osteoartrite e sull'eredità.
Giorn. It. di Malattie Esot. ecc., 28 feb. — G. CASTRONUOVO. Bubbone climatico e forme analoghe.
Mediz. Klinik, 24 feb. — Referendum sulla digitale. — C. v. NOORDEN, K. STOLTE. Dieta libera nel diabete.
Riv. di Patol. e Cl. d. Tuberc., 28 feb. — S. CIMINO. Alcoolizzaz. bilaterale dei nervi intercostali nel trattam. della tbc.
Minerva Med., 24 feb. — G. DOMINICI. L'insufficienza funzionale del fegato.
Ann. de l'Inst. Pasteur, feb. — G. SANARELLI e A. ALESSANDRINI. I protogeni del virus tubercolare. — E LOEWENSTEIN. Emocoltura del virus tubercolare. — C. LEVADITI e al. Nuove ricerche sulla sifilide.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier

ANNO XL Roma, 22 Maggio 1933 - XI Num. 21

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI.

CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI SIENA

Sindrome bantiana da probabile tromboflebite spleno-portale.

LEZIONE CLINICA del Dirett. prof. CARLO GAMNA raccolta dal dott. ANTONIO ARCHI, aiuto vol.

Vi invito oggi ad esaminare con me un caso difficile, ma interessante proprio per le difficoltà che presenta la sua interpretazione: e se anche tutte queste non potremo superare, sarà nondimeno l'occasione per una discussione istruttiva che vi dimostrerà quale laboriosa discriminazione impongono certe situazioni morbose per arrivare alla diagnosi.

Si tratta di un uomo di 51 anno. Per essere brevi vi dirò subito che la sua anamnesi familiare è negativa, mentre nei suoi precedenti personali figurano durante l'infanzia il morbillo e la parotite, decorsi senza reliquati. Ha partecipato con reparti combattenti alla guerra mondiale, godendo sempre di buona salute. A 27 anni sposò una donna tutt'ora viva e sana, che ha avuto tre gravidanze: la prima interrotta per aborto al secondo mese, mentre le altre due sono state condotte a termine, e i figli sono vivi e sani, come noi stessi abbiamo potuto constatare.

Da circa 10 anni il nostro p. ha presentato saltuari disturbi dell'apparato digerente, consistenti in dolori addominali seguiti da scariche diarroiche: pare che queste abbiano negli ultimi tempi presentato qualche volta caratteri tali da ritenerle commiste a sangue, ma su questo punto che, come vedrete, avrebbe per noi un grande interesse, non abbiamo potuto avere informazioni sicure. Tali disturbi duravano da qualche ora a qualche giorno, quasi sempre in rapporto a disordini alimentari.

Nell'estate del 1932 egli ha cominciato a lamentare senso di progressiva astenia. Nell'ottobre vi fu un nuovo e più importante episodio morboso addominale con i consueti caratteri su descritti: in questo tempo l'addome ha cominciato a tumefarsi, e comparvero anche edemi agli arti inferiori, senza che il p. sappia dirci quale dei due fenomeni abbia preceduto. Da allora l'astenia è ancora aumentata, accompagnandosi a perdita dell'appetito e a dimagramento. La diuresi è diminuita, senza che le urine abbiano mai assunto un colore abnorme, mentre l'alvo si manteneva stitico, ad eccezione dei periodi sopra segnalati.

L'a. nega qualsiasi malattia venerea, come pure abuso di alcoolici (mai oltre mezzo litro di vino al giorno): non è fumatore. Entra in Clinica il 15 novembre del 1932 per consiglio del suo medico curante.

Vi dirò sommariamente quanto noi riscontrammo al suo ingresso. Si tratta, come vedete anche ora, di un individuo microsomico, però con sviluppo armonico, ben proporzionato del corpo: solamente i genitali esterni, come pure i caratteri sessuali secondari, ci appaiono alquanto involuti. Si nota in particolare modo una sensibile rarefazione dei peli della barba e di quelli delle ascelle e del pube, mentre i testicoli hanno un volume manifestamente ridotto: l'anamnesi del p. però ci assicura della loro precedente completa efficienza funzionale.

Vi è un pallore intenso e diffuso a tutta la cute e alle mucose visibili. Il viso ha la cute un poco pastosa e rugosa, e un aspetto fisso e inespressivo che ricorda un poco quello dei mixedematosi. Al collo non rilievi notevoli all'infuori di una micropoliadenopatia.

Il torace, come vedete, è conico, con base piuttosto larga, angolo epigastrico ottuso, ed escursioni respiratorie brevi. Le basi sono quasi immobili: vi è smorzato il suono plessico, scarsissimo il respiro e fortemente diminuito il fremito vocale tattile. Tali fatti sono evidentemente in rapporto con le condizioni dell'addome. La regione precordiale è simmetrica con la corrispondente destra: itto della punta cardiaca nel V spazio intercostale sulla linea emiclaveare: area di ottusità in limiti normali. Si ascolta un soffio sistolico sia alla punta che alla base, con tutti i caratteri del soffio funzionale: la pressione arteriosa è diminuita (Mx 105, Mn 75).

L'addome si presenta espanso, a forma batraciana; con le consuete manovre vi si dimostra presenza di una discreta quantità di liquido libero. Sulle regioni laterali si disegna un reticolo venoso sottocutaneo, che invece è assente intorno all'ombelico. Il fegato arriva in alto alla sesta costa, mentre il suo margine inferiore non è mai stato bene apprezzabile, nemmeno dopo le paracentesi. Si avverte invece una grossa milza che deborda con superficie dura e liscia dall'arcata ipocondriaca sinistra fino ad arrivare all'ombelicale trasversa: in alto essa raggiunge il settimo spazio intercostale, occupando anche parte dell'area di Traube. Si palpa sul bordo mediale di essa, una distinta e profonda incisura. Non si destano dolori alla palpazione.

Gli arti inferiori si mostrano oggi in condizioni normali, ma, al momento dell'ingresso in Clinica, vi si notava un discreto edema peri-malleolare. Nessun rilievo importante a carico del sistema nervoso: sensibilità, motilità e riflessi tutti conservati, gli ultimi un po' torpidi.

Riguardo al decorso, vi dirò che nei due mesi in cui il p. è rimasto sotto la nostra osservazione, esso è sempre stato apiretico, e che la tumefazione dell'addome, assai notevole al principio, si è andata sensibilmente riducendo mentre scomparivano gli edemi degli arti. All'infuori di queste variazioni le condizioni del p. sono, dall'ingresso in Clinica, press'a poco stazionarie, e non è mai intervenuto — notate bene — nessuno di quegli episodi che, in casi di questa specie, hanno, come voi sapete, tanto significato, come manifestazioni emorragiche del canale digerente. Di altri particolari, come delle numerose ricerche di laboratorio che abbiamo eseguito, vi dirò man mano, mentre ragioneremo sul caso, per utilizzarli direttamente nella sua discussione.

Con un quadro sintomatico di questo genere, è però troppo giusto che voi mi chiediate subito informazioni sullo stato del sangue, e, come elemento fondamentale della diagnostica di un tale complesso, ve lo riferisco subito. L'esame numerico dimostrava all'ingresso in Clinica due mesi or sono, 2.735.000 globuli rossi, con Hb. 46 (Nèoplan) e valore globulare = 0,85. I globuli bianchi erano 2800, di cui 55 neutrofili, 1 eosinofilo, 41 linfociti e 3 monociti. Gli eritrociti erano poco colorabili al centro, di conformazione in complesso regolare, scarsa essendo l'anisocitosi: rari i poichilociti. Scarsi pure i globuli rossi con sostanza granulo-filamentosa, e un po' basso il numero delle piastrine (190.000 per mmc.). Un'anemia di grado notevole dunque, a tipo secondario, con leucopenia, linfocitosi relativa, e leggera piastrinopenia.

In sintesi dunque ci troviamo di fronte ad un uomo di mezza età che presenta note di ipoevolutismo, anemia di grado notevole, cospicua splenomegalia, versamento libero nell'addome, reticolo venoso sottocutaneo ai fianchi. Questi gli elementi essenziali del quadro clinico attuale, e voi vedete subito che i precedenti anamnestici del p. non sono tali da darcene senz'altro una evidente giustificazione. Proviamoci quindi a discriminarlo mettendo a profitto molte nozioni di patologia che voi già possedete, perchè altra volta ce ne siamo occupati, ed altre che qui cadrà a proposito che io vi ricordi.

E prima di tutto è opportuno che, di fronte a un complesso morboso come quello che presenta il nostro a. ci domandiamo se si possa riconoscere al fondo etiologico e anatomo-patologico del quadro morboso una infezione od una emopatia. Per quanto riguarda le infezioni non è il caso che discutiamo di forme acute, quali il tifo addominale e la febbre melitense, anche se si volesse pensare per un momento di trovarsi davanti a uno stadio subacuto di esse: basti dire che l'a. non ha e non ebbe mai febbre, o almeno mai tale da avvertirne la presenza, mentre in tali malattie tutto può sfuggire, ma non la febbre insistente e spesso elevata.

Riguardo alle forme più propriamente croniche, tra quelle che è il caso di prendere in particolare considerazione c'è la tubercolosi così detta primitiva della milza. Si tratta di forme assai rare, molto spesso diagnosticate solo al tavolo anatomico, e che solo in apparenza sono primitive, in quanto si accompagnano a lesioni, sia pure meno appariscenti, di altri organi (polmoni, linfoghiandole). Nessuna affezione tubercolare noi riscontriamo con l'indagine più minuziosa nel nostro caso: e poi, a che cosa dovremmo attribuire un'ascite così abbondante che mai si è accompagnata a febbre? Non certo a una peritonite tubercolare, anche per i caratteri, su cui torneremo più avanti, del liquido estratto dall'addome. Nè un reperto ematologico come quello riferito è proprio di questo splenomegalie tubercolari, che lasciano spesso poco alterato il san-

gue, o producono talvolta una singolare iperglobulia.

Un'altra infezione cronica va presa in maggiore considerazione, e cioè la malaria. Non dobbiamo mai dimenticare che nel territorio della nostra provincia casi, sia pure non tanto frequenti, di tale malattia si vanno incontrando, come pure dobbiamo ricordare che il p. ha prestato servizio militare durante la guerra. Tuttavia una infezione come quella malarica è troppo nota a tutti perchè possa sfuggire al ricordo di chi ne è stato affetto. Per quanto riguarda lo stato attuale, abbiamo bensì nel nostro a. un intenso pallore, ma non quel colorito terreo proprio della malaria cronica; abbiamo leucopenia ma non monocitosi. Ad ogni buon conto la più minuta e paziente ricerca dei parassiti malarici ha sempre avuto esito negativo. D'altra parte qui non è solo del tumore di milza che si deve cercare la ragione, ma anche di tutta la restante sintomatologia in cui una parte essenziale, accanto alla splenomegalia, hanno pure l'ascite e la grave anemia ipocromica.

E questo complesso, nella forma in cui qui si presenta, non può mai essere il prodotto clinico di una semplice infezione malarica.

Ma un'altra etiologia infettiva voi mi proponete senza dubbio di discutere: la sifilitica. Abbiamo infatti veduto insieme quante volte una splenomegalia cronica sia esponente di una infezione luetica. Ma questa possibilità, che convengo con voi essere assolutamente necessario esaminare, lascio un momento da parte per riprenderla in esame fra poco, quando potremo valerci di altri dati che dovremo ora accertare sul malato, e dopo che avremo escluse altre importanti affezioni che non possiamo trascurare nella discriminazione diagnostica.

Tra queste, come vi ho detto, sono alcune emopatie in cui la splenomegalia è uno dei sintomi più frequenti e caratteristici. Di fronte ai precedenti anamnestici del nostro p., caratterizzati da astenia crescente, pallore progressivo e episodi dolorosi addominali si può pensare, e non senza ragione, all'anemia perniciosa, a cui i recenti progressi della terapia hanno ormai tolto il termine di progressiva. Anche nell'anemia perniciosa si può avere tumore di milza: esso però non è costante, se mai, anzi, è piuttosto raro. Appunto per questa sua rarità e per i differenti aspetti con cui esso si presenta o accompagna gli altri sintomi più caratteristici della malattia in questione, vi sono alcuni autori (Strümpell, Pende) che hanno voluto distinte delle varietà splenomegaliche dell'anemia perniciosa. È interessante ricordare una nota anatomica di questi tumori di milza, e cioè una metaplasia mieloide, talvolta diffusa, altre volte a focolai: fatto che può considerarsi una nota caratteristica, in quanto è quasi sempre presente, con intensità varia, nell'anemia perniciosa, come io stesso ho potuto largamente constatare, e non soltanto nella milza, ma anche nel fegato, e nelle ghiandole linfatiche, in particolare modo in quelle a struttura così detta emolinfatica. Il fenomeno, in sostanza, fa parte di quel ritorno al tipo embrionale dei tessuti emopoietici, caratteristico di questa malattia. Si tratta dunque, in fondo, di differenze di grado che non sembrano tali da giustificare nuove suddivisioni patonomastiche. Del resto, sebbene un certo aumento della milza, almeno anatomicamente apprezzabile, esista sempre nell'anemia perniciosa, esso raggiunge difficilmente le dimensioni di quella del nostro p., che arriva, come vi ho detto, alla ombelicale trasversa.

Ma non occorre spendere molte parole per dimostrare come sia da scartare il concetto di una anemia perniciosa a voi, che questa malattia ben conoscete per altre dimostrazioni che ve ne ho fatto. Mancano in verità persino le manifestazioni esteriori di questa forma di anemia. L'a. è pallido, ma la sua cute non ha il caratteristico colore — cera vecchia — nè posa sopra un sottocutaneo relativamente ricco di grasso, come spesso si riscontra nell'anemia perniciosa. Manca qualsiasi segno della così detta glossite atrofica di Hunter: non vi è infatti mai stato bruciore della lingua, nè noi ora vediamo atrofia delle papille linguali. Nello stato ematologico poi riscontriamo diminuzione del numero dei globuli rossi e dei globuli bianchi, come pure diminuzione del contenuto emoglobinico totale, fenomeni che si riscontrano anche nell'anemia perniciosa. Ma questi valori si combinano qui tra loro nel modo proprio alle anemie secondarie a voi ben noto e cioè con valore globulare inferiore all'unità e senza quel fenomeno caratteristico dell'anemia perniciosa, la macrocitosi ipercronica con deviazione a destra della formula eritrocitometrica. Qui vediamo soltanto tale formula un poco allargata come in quasi tutte le anemie, per la comparsa di qualche elemento più grande e di altri più piccoli delle misure estreme normali. C'è bensì la leucopenia con linfocitosi relativa e c'è una certa diminuzione delle piastrine, ma voi sapete che questi fatti, se si verificano nell'anemia perniciosa, non sono affatto peculiari di questa forma, ma si osservano anche in altre malattie, specialmente se splenomegaliche croniche. Manca infine dell'anemia perniciosa un esaltamento del ricambio emoglobinico per esagerata emolisi: qui infatti il tasso bilirubinemico si è sempre mantenuto nella norma, come ha dimostrato la reazione di Hymans van den Bergh, più volte ripetuta, e anche i valori della urobilina delle urine e della bilina fecale non oltrepassano i limiti normali.

Una splenomegalia è spesso il fenomeno più appariscente di una leucemia, specialmente delle mielosi leucemiche e delle più rare mielosi aleucemiche. Ma faremo presto ad escludere leucemie e pseudoleucemie dalla nostra

discussione se consideriamo il già riferito reperto ematologico, che nè quantitativamente nè qualitativamente mostra segni anche solo sospetti di leucemia e di subleucemia, e l'assenza di qualunque carattere sistematico della affezione. Infatti l'esame del sangue che noi abbiamo tante volte eseguito nel nostro caso ci ha sempre dimostrato una costante leucopenia: ma anche tenendo conto della possibilità che una mielo- od una linfoadenosi non si accompagni ad aumento numerico nel sangue circolante degli elementi maturi del tessuto midollare e linfatico, è raro che non si osservi in circolo qualche forma immatura dell'una o dell'altra serie, che noi non abbiamo mai riscontrato nelle nostre ricerche. Un dato meno attendibile per escludere le leucemie è quello della presenza dell'ascite e degli edemi. Per quanto di rado, tali fenomeni possono comparire negli stadi tardivi di gravi emopatie, espressione della più profonda discrasia, cui si aggiungono gli effetti della insufficienza cardiaca.

Un'altra forma di splenomegalia che qui conviene ricordare è l'ittero emolitico costituzionale: interessante forma di cui vi ho più volte fatto menzione, e che spero potervi dimostrare presto, essendo capitata sotto la nostra osservazione tutta una famiglia affetta da questa malattia. Essa è, come vedrete, una malattia a carattere ereditario, famigliare, e già questo dato la fa escludere nel nostro caso perchè noi conosciamo i figli di questo paziente, e in essi non si hanno segni di ittero emolitico. Questi segni — vere stigmate caratteristiche — sono rappresentate, oltre che dalla splenomegalia e dall'ittero (un ittero tipico color caffè latte, colore quindi assai dissimile da quello del nostro ammalato), da alcune particolari proprietà dei globuli rossi, e precisamente dalla diminuzione della resistenza globulare alla concentrazione di una soluzione salina (cloruro di sodio) a cui normalmente non si verifica emolisi, e dalla presenza di un numero più o meno rilevante di globuli singolarmente piccoli e rotondi, a forma di palla e densi di emoglobina (microciti ipercromici). La ricerca di tali sintomi riesce nel nostro caso del tutto negativa. Nell'ittero emolitico poi si rilevano, secondo il nome, i segni di una esagerata emolisi con conseguente aumento del ricambio emoglobinico; segni che noi abbiamo già veduto mancare nel nostro paziente.

E qui ancora potremo invocare certe forme più rare di splenomegalia, che io vi ricordo di sfuggita, soltanto per farvi comprendere come nell'interpretazione di un caso come il nostro molte nozioni conviene avere presenti, perchè quanto più si conosce questo campo della patologia, tanto più facile riuscirà di identificare le molteplici forme che vi sono comprese. È perciò che non manco di ricordarvi il morbo di Gaucher e quello di Niemann-Pick. Entrambi sono prodotti da particolari alterazioni del ricambio, e caratterizzati da due ordini di fenomeni: da una parte una iperplasia del tessuto reticolo-endoteliale non localizzata alla sola milza ma diffusa anche al fegato, alle linfoghiandole, al timo, al midollo osseo, ecc.: dall'altra parte una impregnazione delle cellule di tale sistema con speciali e varie miscele di sostanze lipoidee che conferiscono ad esse un aspetto caratteristico. Per il morbo di Gaucher si tratta di uno sfingogalactoside, la cherasina, mentre per il morbo di Niemann-Pick si tratta di miscele lipoidee piuttosto complesse. Queste malattie hanno carattere costituzionale, familiare, e si presentano perciò spesso già nell'infanzia, o almeno, se sono state riscontrate nell'adulto, si può far risalire la loro evoluzione già all'età infantile. Le note sintomatiche più caratteristiche sono per ambedue, oltre il rivelarsi in più membri della stessa famiglia, un colorito ocraceo-bronzino della cute, e una cospicua spleno-epatomegalia. Importante sussidio diagnostico è la puntura della milza che permette di riconoscere sullo striscio la presenza dei suddetti tipici elementi cellulari.

Dopo quanto vi ho detto, non è certo il caso di sospettare che il nostro a. sia affetto da una di queste forme. Per cui dobbiamo concludere, per la discussione già fatta, che nè una infezione cronica di natura nota nè una di quelle forme morbose che si raccolgono nel gruppo delle affezioni dell'apparato emopoietico è alla base del complesso morboso presentato dal nostro ammalato.

***

Passiamo ora a considerare tale complesso da un altro punto di vista, quello che può sembrare realmente il più ovvio: che si tratti cioè di una cirrosi splenomegalica in periodo ascitico. Voi conoscete oramai bene la patologia delle cirrosi ed anche le principali forme cliniche di esse, che più volte ho avuto occasione di dimostrarvi. Senza perciò richiamarvene ora i sintomi e gli aspetti, il che esigerebbe troppo lunghi discorsi, io formulo qui semplicemente il quesito: c'è nel nostro caso una cirrosi del fegato? Il quesito è sostanziale: proviamoci dunque a risolverlo.

Nel nostro paziente vi sono senza dubbio alcuni sintomi generici di questa malattia: il decorso costantemente apiretico, la comparsa lenta e progressiva dell'ascite seguita, a quanto sembra, da edemi agli arti inferiori, la presenza di un reticolo venoso sulle pareti laterali dell'addome, infine la splenomegalia, sia pure di grado cospicuo come nel nostro caso, sono tutti sintomi che si lasciano spiegare ammettendo una cirrosi epatica. Nè da questa diagnosi discordano i caratteri del liquido estratto con la paracentesi, che si presenta come un tipico trasudato: P. S. 1010, albumina 8 ‰, reazione di Rivalta negativa, sedimento costituito da scarsi elementi morfologici del sangue

e da cellule di sfaldamento della sierosa peritoneale. E nemmeno dobbiamo dimenticare che il p. ha l'impressione di avere riscontrato presenza di sangue nelle scariche diarroiche che ha avuto qualche tempo fa.

Ma accanto a questi dati, senza i quali del resto non avrebbe senso impostare qui il problema della esistenza o meno di una cirrosi, noi abbiamo fatto sull'a. altre constatazioni che gettano sulla diagnosi di cirrosi dei forti dubbi. Prima di tutto l'assenza assoluta, nei precedenti dell'a., di un fattore cirrogeno di natura nota: non alcoolismo, non sifilide nè per dati anamnestici nè per segni attuali. compresa la reazione di Wassermann, riuscita qui completamente negativa anche dopo prove di riattivazione. Queste constatazioni non sono decisive, perchè s'incontrano cirrosi epatiche ad etiologia ignota, ma sono nondimeno importanti.

Secondo fatto che ci colpisce subito, se ricordate l'importanza che già insieme abbiamo dovuto riconoscergli come espressione di alterazione diffusa, globale del fegato: manca del tutto nel nostro a. l'urobilinuria, e l'esperienza ci dice che nella cirrosi avanzata, cioè in periodo ascitico come sarebbe questa, tale fenomeno non manca mai.

Inoltre abbiamo pure il dato che anche dopo liberato l'addome dal liquido mediante paracentesi (ciò che abbiamo già dovuto fare alcune volte) e resasi perciò detesa e depressibile la parete addominale, mai si sono potute rilevare le caratteristiche note di un bordo epatico cirrotico.

E anche se ci rivolgiamo alla ricerca delle qualità funzionali di questo fegato, noi non facciamo quei rilievi che potremmo attenderci in un caso di cirrosi avanzata. Le prove della funzionalità epatica hanno infatti dimostrato nel nostro p. che tale funzionalità si discosta assai di poco dalla norma. Vi citerò soltanto la prova di carico del galattosio che si fa, come ricordate, determinando la glicemia a digiuno, e poi facendo ingerire gr. 40 di detta sostanza, di cui dopo si ricerca la presenza nel sangue e la eliminazione urinaria col metodo orario. La curva glicemica nel caso nostro è apparsa soltanto leggermente prolungata, in quanto sono occorse tre ore per raggiungere il valore di partenza. Del tutto negativa si può dire sia riuscita invece la eliminazione del galattosio con le urine: infatti solo un grammo ne è stato emesso in tre ore, mentre, per parlare di positività di detta prova, occorre ne vengano eliminati per lo meno tre o quattro grammi.

Nella cirrosi si osserva in genere, per effetto dell'alterata funzionalità epatica, aumento del pigmento biliare nella bile, e della bilina delle feci: fatti che mancano del tutto nel nostro ammalato. E così fanno difetto in esso i segni di un ittero latente, non essendosi mai riscontrato in ripetuti esami aumento della bilirubina nel siero di sangue. Un altro segno infine, per quanto di valore non del tutto assoluto, manca nell'esame ematologico del nostro p., e cioè la deviazione a destra della formula eritrocitometrica, cioè un certo grado di eritromacrocitosi, che, come fu dapprima dimostrato dalla nostra scuola e ora è confermato da autori stranieri, si manifesta spesso in lesioni intense e sopratutto diffuse, totalitarie del fegato.

Dobbiamo dunque concludere che nel nostro caso una cirrosi epatica non si accerta: e questo è un punto importante, anzi capitale nella interpretazione di questo caso, perchè ci consente di prendere facilmente posizione riguardo a qualche altro concetto diagnostico che ora si avanza nella discussione.

⁂

Primo fra tutti quello cui già abbiamo accennato, che si tratti cioè di una affezione di natura sifilitica: questo complesso di splenomegalia, anemia, ascite in un soggetto somaticamente ipoevoluto ci aveva, se ricordate, subito indotto in questo pensiero. In quali forme anatomo-cliniche di sifilide viscerale potrebbe essere incorso il nostro paziente?

La infezione luetica sia congenita che acquisita ha, si direbbe, una speciale predilezione per gli organi ipocondriaci, fegato e milza, che molto spesso anzi ne vengono colpiti contemporaneamente.

Noi distinguiamo due quadri anatomo-clinici principali di lue spleno-epatica: la sifilide del fegato propriamente detta nella forma gommosa o sclero-gommosa di — hepar lobatum — e la epatite interstiziale cronica a tipo cirrotico, ambedue accompagnate da splenomegalia cronica. Le due forme talvolta possono essere combinate nello stesso caso, avendosi allora gomme e cicatrici contemporaneamente.

Di esse forse si tratta nel nostro paziente? Eccovi gli elementi per giudicarne: il fegato non è certo ingrandito nè deformato da insenature o sporgenze apprezzabili alla palpazione come avviene nella prima forma: d'altra parte non è cirrotico come or ora abbiamo veduto. Esaminiamo ad ogni modo i precedenti anamnestici per ciò che riguarda una infezione luetica, come pure consideriamo se nel decorso clinico del nostro ammalato vi è qualche dato che faccia pensare a una sifilide sia congenita che acquisita, le quali d'altronde, per quanto riguarda il fegato e la milza, possono condurre al medesimo ordine di lesioni anatomiche.

Cominciamo dalla forma congenita. Il padre del p. è morto vecchio in seguito a ictus cerebrale, che può anche venire determinato da lesioni luetiche delle arterie encefaliche (piccoli aneurismi, endoarterite), ma all'età in cui è avvenuta la sua morte, cioè a 75 anni, è in prevalenza determinato da lesioni arteriosclerotiche, che hanno netto sopravvento su quelle sifilitiche. La madre è morta a 60 anni per

malattia acuta dell'apparato respiratorio. Essi non hanno avuto aborti: anzi gli altri due fratelli del p. godono buona salute. Accanto a questi dati negativi dell'anamnesi familiare, noi non ritroviamo nel caso nostro nessuna delle stigmate della sifilide congenita, tra cui ricordate le note lesioni dell'orecchio interno, della cornea e dei denti, che Hutchinson ha riunito nella nota triade. Anche la microsomia che in lui si riscontra non ha certo caratteri tali da venire attribuita a una tara luetica.

Il p. esclude nel modo più assoluto di essersi mai contagiato di malattie veneree. Sua moglie ha esordito con un aborto al secondo mese, ma bisogna andare cauti nell'attribuire senz'altro un'origine sifilitica a ogni episodio di questo genere. Ciò specialmente se, come nel caso nostro, tale aborto è isolato, non seguito da altri aborti o da parti prematuri. I due figli viventi del p. sono sani e ben sviluppati, anche essi quindi senza nessun segno di sifilide congenita.

Ma anche diverse note cliniche nel decorso della malattia stanno contro alla ipotesi di una infezione luetica. Abitualmente la sifilide spleno-epatica si accompagna a una febbricola ora remittente, ora intermittente, che in genere scompare dopo con trattamento antiluetico. Il nostro p. non ha mai avuto febbre. Il liquido ascitico che si può osservare nel corso della sifilide spleno-epatica possiede qualche carattere essudatizio, prevalentemente una linfocitosi; qui invece noi abbiamo trovato solamente scarsi globuli rossi, rari leucociti e elementi di sfaldamento peritoneale. Ultimo e non minore argomento contro la sifilide è la negatività della reazione di Wassermann e delle sue equivalenti anche dopo tentativi di riattivazione.

Nessun fondamento ha quindi il sospetto che la sindrome di cui siamo in presenza abbia natura luetica.

***

Prendiamo allora a considerare un'altra interpretazione: codesta associazione di splenomegalia cronica ed anemia a tipo clorotico, con leucopenia, e linfocitosi relativa, che si sviluppa senza apprezzabile giustificazione etiologica, con intervento secondario di ascite, invita a pensare a quella forma morbosa che proprio in questi elementi ha le sue manifestazioni caratteristiche, voglio dire il morbo di Banti. L'ipotesi è certamente suggestiva, e noi stessi l'abbiamo presa in seria considerazione. Di tale malattia si distinguono, secondo la descrizione di Banti, tre stadi, che a voi sono certamente noti: un primo periodo assai lungo, che dura dai 3 ai 10-15 anni, con tumefazione lenta e progressiva della milza e con l'instaurarsi di uno stato anemico a tipo clorotico (con leucopenia e linfocitosi relativa): un secondo periodo intermedio in cui, assieme all'accentuarsi dei sintomi su ricordati, iniziano le lesioni epatiche, in genere con epatomegalia: un terzo ed ultimo stadio in cui si manifesta in tutti i suoi sintomi una cirrosi epatica conclamata del tipo atrofico e compare l'ascite. Si tratterebbe, secondo la concezione di Banti, di una affezione primitiva della milza, con lesioni caratteristiche (fibroadenia), dalla quale deriverebbero al fegato sostanze irritanti, cirrogene, che vi inducono lentamente e secondariamente la trasformazione cirrotica. Essenziale, già nell'affermazione del Banti, l'assenza di ogni noto fattore etiologico di cirrosi o di infezioni (alcoolismo, sifilide, malaria ecc.) che alterino notoriamente il fegato, assenza che verifichiamo anche per il nostro ammalato.

Troppo lungo sarebbe ricordarvi le gravi controversie a cui la concezione definita e contrassegnata dal nome del grande patologo fiorentino ha dato origine. Molti autori sia francesi che tedeschi ne hanno negato l'autonomia perchè, mentre il Banti ammetteva rigorosamente alla sua diagnosi soltanto i casi a etiologia sconosciuta, essi la consideravano espressione particolare di infezioni e intossicazioni diverse (sifilide, malaria, alcoolismo). È stato così introdotto il termine di « sindrome bantiana » per indicare quel complesso che Banti aveva descritto, cui si riconosceva una fisionomia caratteristica, ma non un'autonomia nosografica. È sopratutto l'accertamento sempre più fine e perfezionato della infezione luetica che ha diminuito il numero dei casi che passavano come morbo di Banti: ed è certo che, a determinare anche anatomicamente questa sindrome, la sifilide è, tra gli agenti identificabili, quello più frequente, onde il dominio delle splenomegalie croniche luetiche e della lue epato-splenica si è esteso nel campo diagnostico a danno del morbo di Banti genuino.

Tuttavia, se ci si attiene esattamente alla concezione ed ai limiti con cui l'A. ha definito il morbo che porta il suo nome, e sopratutto alla caratteristica successione dei fatti, al criterio etiologico negativo, al tipico reperto anatomo-istologico della milza, ed infine all'importante principio della primitività della lesione splenica, onde il corso della malattia viene interrotto da una tempestiva asportazione della milza, dobbiamo convenire che casi si incontrano, sebbene non frequenti, in cui manifestazioni cliniche e decorso corrispondono alla descrizione di Banti. E rappresentando essi una figura così unitaria e tipica di malattia non assegnabile a patogenesi nota, non si può fare di meglio che raccoglierli sotto il titolo di morbo di Banti, e ciò anche se, come lo stesso A. ha preveduto, resta compito, ed è già stato una conquista parziale della analisi diagnostica, differenziare e distaccare da codesto gruppo tutto ciò che possa essere meglio definito per la sua origine e per la sua natura.

Questo è ciò che credo oggi di potervi dire dal punto di vista pratico sulla questione complessa delle sindromi bantiane.

Più volte io ho avuto occasione di osservare di questi casi che possiamo dire, per intenderci, di vero morbo di Banti, anche qui a Siena, dove ne ho presenti due che seguo da più anni; uno di essi, notate bene, una donna che ha ora 47 anni, era già stata giudicata una ventina di anni fa dal Banti stesso, per la splenomegalia che essa portava e porta tuttora: ed il decorso ha realmente seguito quello sviluppo caratteristicamente lento che Banti assegnava ai suoi casi, fino a sboccare in una cirrosi epatica oggi in stadio avanzato ed ascitico.

Ma ritorniamo al nostro ammalato. Si può dire che tutte le manifestazioni più tipiche del morbo di Banti qui sono presenti: la splenomegalia grossa e dura, che esiste da tempo, l'anemia che è proprio del tipo di quella che si osserva nel morbo di Banti, il tutto sviluppatosi sopra un terreno abnorme con caratteri di ipoevolutismo (nota la frequente coincidenza di infantilismo con questa malattia). Ma in quale stadio si troverebbe il nostro paziente? Non certo nel primo nè nel secondo per la presenza dell'ascite, espressione di una fase molto più avanzata. Nel terzo stadio dunque, quello della cirrosi conclamata e della conseguente stasi portale? Ecco che qui dobbiamo arrestarci davanti a una difficoltà non superabile, se vogliamo ricondurre il nostro caso alla tipica successione di fatti del morbo di Banti. Poichè qui — già l'abbiamo rilevato — cirrosi epatica non c'è. Dobbiamo dunque rinunciare al concetto di un vero morbo di Banti.

E allora? Allora vi dirò che il multiforme gruppo delle splenomegalie croniche, la cui conoscenza si è molto arricchita negli ultimi tempi, ci suggerisce ancora altre eventualità.

***

E tra esse vi invito a fissare l'attenzione su quelle splenomegalie che si determinano per tromboflebite dei vasi venosi della milza. Altro capitolo complesso ed oscuro della patologia splenica, ma che io vi semplificherò con una nozione fondamentale: che una splenomegalia cronica può determinarsi in seguito ad occlusione trombotica (tromboflebite) della vena splenica o di uno o più dei suoi rami d'origine. La trombosi, se non vi è una occasione determinante (trauma, infezione) a cui sia possibile riferirla direttamente, si produce di solito in modo silenzioso, magari inavvertito, e il primo sintomo, che resta per lungo tempo unico o almeno predominante della malattia, è il tumore di milza se non è una ematemesi improvvisa quale compare, come vi dirò avanti, nel corso della malattia.

L'altra manifestazione che presto segue, pur istituendosi lentamente, è una anemia che raggiunge gradi notevoli ed ha i caratteri di anemia secondaria, ipocromica, con leucopenia e linfocitosi relativa.

Questo stato di cose riproduce esattamente la prima fase del morbo di Banti, e non è clinicamente differenziabile da questo. Ciò non vuol dire che m. di Banti e splenomegalia trombo-flebitica siano, come ha pensato qualcuno (Warthin), da identificarsi: anzi è per l'appunto il riconoscimento di questi casi, insieme a quello delle forme di sifilide splenica e splenoepatica e di altri cui accenneremo in seguito, che ha contribuito a diminuire il numero delle diagnosi di vero morbo di Banti.

In altre parole la sindrome clinica bantiana comprende una casistica polimorfa, in cui sifilide splenica e splenomegalia trombo-flebitica hanno una parte notevole, ma non tutta. Nè ci sembra un progresso in questo campo la concessione unitaria di Wohlwill, secondo cui una serie di agenti nocivi danneggia il fegato, la vena porta e la milza ed a seconda che l'uno o le altre vengano più colpite, si determineranno clinicamente i fenomeni della cirrosi epatica, o della sclerosi della vena porta o infine del morbo di Banti.

Ma qui importa ricordare che propagandosi, come ha tendenza a fare, la trombosi dalla vena splenica al tronco della vena porta, questa può venire pure ad occludersi: ed ecco la comparsa di una ascite stabile indipendentemente da qualunque lesione del fegato.

Voi vedete facilmente che ciò cui abbiamo assistito nel nostro ammalato si può sovrapporre molto bene a una tale successione di fatti, assai più verosimilmente — l'abbiamo veduto — che non nel decorso di un morbo di Banti.

Non vi meravigli se indarno cerchiamo le cause di un fatto così imponente e, starei per dire, così grossolano come quello della trombosi di un grosso vaso venoso: molte cose sarebbero da dirsi a questo proposito, ma vi basti sapere, a togliervi questo senso di meraviglia, che nella letteratura abbastanza ricca di questa casistica, la maggioranza dei casi sfugge a una etiologia nota e determinabile. Una parte importante devono qui avere, a mio avviso, lesioni che insorgono nella milza e si propagano in forma di endoflebite lungo la sua canalizzazione venosa, oppure si determinano secondo alcuni, come Eppinger e Hirschfeld hanno dimostrato, anche nel tronco della vena lienale presso il suo sbocco nella porta. E qui ancora può entrare in causa l'infezione luetica.

La splenomegalia è sostenuta, si capisce facilmente, dalla stasi cronica che si produce nella milza, a cui segue un aumento della polpa con ispessimento del reticolo e atrofia dei follicoli linfatici. Frequentemente vi si riscontrano, ma non sono caratteristici di questa forma, dei focolai di sclerosi jalina del tessuto, con impregnazione siderotica, come io ebbi ad illustrare in diverse splenomegalie croniche, focolai che si vedono sulla superficie di sezione e sotto la capsula splenica in forma di chiazze color foglia di tabacco: tali lesioni sono note nella letteratura con il nome di noduli di Gandy-Gamna. La genesi e il significato di tali no-

duli furono oggetto degli ultimi tempi di numerose discussioni e ricerche. Mi limiterò qui a dirvi che nel caso speciale della splenomegalia tromboflebitica non sarebbe ancora facile pronunciarsi se debbano considerarsi soltanto fenomeni secondari, o se non abbiano invece parte determinante, comunque siansi prodotti, nella insorgenza della trombosi. Ciò che è certo è che non basta la sola stasi a provocarne la comparsa.

Un dato che alcuni autori tedeschi (Kleinschmidt, Opitz, Rosenthal) considerano caratteristico della trombosi splenica è la trombocitopenia. Ma non mi sembra, a dire il vero, che a questo dato si possa attribuire grande importanza. Qui noi abbiamo un numero di piastrine nel sangue appena subnormale (193.500 col metodo di Fonio, 190.000 col metodo di Aynaud).

Eccoci dunque arrivati a un concetto diagnostico che, applicato allo svolgersi dei fatti nel nostro caso, ne dà una spiegazione abbastanza persuasiva: splenomegalia tromboflebitica con successiva piletrombosi. Il ridursi, che si è osservato in questo ultimo tempo, dell'ascite contemporaneamente alla comparsa di un reticolo venoso sottocutaneo del tipo compensativo del circolo portale, mentre conferma la nostra interpretazione, ci fa assistere a quegli adattamenti della circolazione venosa che seguono alla occlusione della vena-porta come pure al difficoltato transito del sangue attraverso il fegato nella cirrosi epatica. Ma nei casi come il nostro può, a differenza che in quest'ultima malattia, determinarsi pure, in secondo tempo, un ripristino del normale percorso della corrente sanguigna per una canalizzazione della massa trombotica, fatto che si verifica abbastanza facilmente, e che io ho osservato non rare volte all'autopsia. L'ingorgo dei circoli suppletivi a quello portale è anche apprezzabile nel caso nostro attraverso una indagine radiologica indiretta che, studiando in seriografie con pasto opaco e gommoso la forma del lume esofageo, mette in rilievo nel suo terzo inferiore l'esistenza di sporgenze longitudinali riferibili a varici esofagee.

E un altro dato voglio ancor riferirvi che appartiene alle caratteristiche dei tumori splenici tromboflebitici: è quello che Greppi e Villa hanno messo in evidenza, dimostrando che queste tumefazioni della milza, dovute sopratutto a disturbi circolatori, si riducono notevolmente di volume dopo l'iniezione sottocutanea nell'ammalato di un mmgr. di adrenalina o di cinque ctgr. di efetonina. Prova che constatazioni successive anche radiologiche (Klages), hanno confermato, pur non rappresentando essa un criterio decisivo nè esclusivo, perchè può riuscire positiva anche in tumori splenici di altra natura allorchè siano particolarmente ricchi di sangue (forme infettive, tubercolosi della milza): essa ad ogni modo può costituire un utile sussidio diagnostico.

Nel caso nostro l'iniezione di un cc. di adrenalina al millesimo ha precisamente prodotto una temporanea sensibile riduzione del volume della milza.

Ma a confermare la diagnosi di tromboflebite splenica o splenoportale sarebbe importantissima un'altra manifestazione che presto o tardi in queste condizioni fa la sua comparsa e cioè la gastrorragia con ematemesi e melena. Tali gastrorragie hanno luogo in generale nel corso di una poussée flebitica profonda, e sono seguite, a quanto afferma il Frugoni, da un triplice ordine di fenomeni: febbre, diminuzione di volume della milza e transitoria ascite. Nel caso nostro gastrorragie non sono ancora avvenute, o meglio non sono state sicuramente accertate, perchè quanto l'a. ha raccontato lascia qualche dubbio che in quelle scariche diarroiche che sono intervenute a più riprese in questi ultimi tempi senza ragione plausibile, sia stato emesso del sangue; egli infatti descrive le feci di quelle scariche come scure.

Così stando le cose quella che noi avanziamo per spiegare il nostro caso è sopratutto una interpretazione, ma la più logica ed aderente alla realtà dei fatti, così da invitare a formulare una diagnosi almeno di probabilità, che potrebbe essere così posta: sindrome bantiana da probabile trombo-flebite spleno-portale.

Ma dobbiamo ancora prendere in considerazione per un momento un'altra possibilità, una sindrome piuttosto rara, che è dovuta a una occlusione parziale o totale delle vene sovraepatiche. Questa occlusione può essere dovuta a una aplasia congenita di dette vene, e allora essa si rivela subito alla nascita con i sintomi che fra poco vi ricorderò. Un po' meno di rado si tratta invece di una stenosi, a cui più tardi si aggiunge un processo trombotico; oppure, nei casi di indubbia origine acquisita post-natale, abbiamo a che fare con una tromboflebite delle sovraepatiche che riconosce come causa processi tossi-infettivi, massimo tra questi la sifilide.

Le forme congenite di aplasia delle sovraepatiche sono molto rare: in conseguenza di tale aplasia si ha una stasi sia nel fegato che in tutto il sistema tributario della porta, con ascite cospicua e splenomegalia. Delle forme congenite è proprio il permanere pervia la vena ombelicale che ancora non si è obliterata: per conseguenza, diventando essa la più pronta via suppletiva della corrente sanguigna verso i circoli della parete addominale, si instaura un imponente reticolo venoso peri-ombelicale, con caratteristico caput Medusae. Cruveilhier e Baumgarten hanno fatto di questo complesso un quadro morboso autonomo caratterizzato, oltre che dai sintomi su descritti, anche da una anemia a tipo secondario, con leucopenia e linfocitosi. Giustamente Bastai lo accomuna con le sindromi di aplasia e di ostruzione delle vene sovraepatiche, osservando che la stasi intraepatica, portale e ombelicale, che

nei casi congeniti si verifica fino dalla vita intrauterina, persistendo dopo la nascita, rappresenta essa stessa la causa del permanere della vena ombelicale, attraverso la quale si compie il deflusso del sangue portale dal fegato verso le vene epigastriche.

Si comprende che, se tale sindrome si istituisce lungo tempo dopo la nascita, il caput Medusae sarà assai meno sviluppato, potendo a volte essere appena percettibile, mentre predomineranno le altre manifestazioni del circolo collaterale che si è andato determinando presso a poco con i medesimi caratteri che si osservano nella comune cirrosi epatica.

Molti sintomi presentati dal nostro p. possono inquadrarsi in un quadro morboso così definito. E cioè l'istituirsi lento e graduale della fenomenologia, e poi l'ascite, il circolo venoso collaterale, la splenomegalia, i caratteri stessi dell'anemia che egli presenta. Anche qui però, se esaminiamo più da vicino questi sintomi, troviamo più di una nota discordante.

Pure non volendo dare eccessiva importanza all'assenza di un circolo collaterale periombelicale per le ragioni che sopra vi ho esposto, troviamo due altri fatti che ci portano a escludere una stenosi delle sovraepatiche. Uno di questi è dato dalla tendenza spontanea dell'ascite a diminuire d'intensità, senza che essa abbia mai raggiunto un grado così rilevante come sarebbe da aspettarsi in questa forma morbosa nella quale, quando il versamento addominale comincia, tende insistentemente a riprodursi, anche con grande rapidità. D'altra parte, e questo ha un'importanza ben maggiore, noi nel nostro p. non troviamo che ben scarsi segni di lesione del fegato. Nella stenosi delle sovraepatiche si determina, come è ovvio, una stasi d'alto grado in questo organo e per questa e perchè per lo più si tratta fondamentalmente di malformazioni congenite dell'apparato vascolare defluente dal fegato, varie alterazioni della struttura istologica di quest'ultimo, che sono state analizzate e interpretate da importanti ricerche di Vanzetti.

Quanto abbiamo rilevato nel nostro p. ci dice — se ben ricordate — che un ostacolo al circolo portale c'è, ma non a livello delle vene sovraepatiche, per l'assenza quasi completa di segni di sofferenza del fegato, bensì invece lungo il tronco della vena porta.

Ed ora si potrebbero esaminare ancora altre forme morbose che si presentano sotto l'aspetto piuttosto generico di sindromi bantiane: tra esse un gruppo di splenomegalie croniche primitive di recente conoscenza, non contrassegnate che dalla presenza di quei focolai sclerosiderotici (noduli di Gandy-Gamna) e di cui vi ho fatto cenno prima e da varie alterazioni *sui generis* della polpa splenica che sembrano creare un substrato particolarmente adatto all'insorgenza dei focolai stessi. In queste forme alcune scuole francesi, di Parigi (P. E. Weil, Gregoire, Flandrin, ecc.) e di Algeri (Nanta, Pinoy, Gruny, Ardin Delteil, Raynaud), seguiti da parecchi autori d'ogni paese, avrebbero riconosciuto, per una non esatta interpretazione delle predette lesioni, delle micosi primitive della milza.

Il trattare di queste forme sarebbe portarvi innanzi una folla di ardue questioni cliniche, patogenetiche, istogenetiche, nelle quali io non mi avventuro perchè troppo speciali e perchè, avendo al loro studio contribuito anche per combattere l'interpretazione micotica dei suddetti autori, con una discussione che si è allargata alla cerchia di molti ricercatori e si è chiusa favorevolmente alla nostra scuola con il tramonto oramai quasi completo della concezione di micosi splenica, potrei essere tratto a troppo lunga digressione.

Un accenno a queste forme era tuttavia doveroso perchè io non potrei del tutto escludere che il caso presente abbia a rientrare tra esse, che sono oggi, nel gruppo delle sindromi bantiane, ancora un punto assai oscuro, e sono le più difficili a identificare clinicamente. Ciò anche perchè, come ho sopra ricordato parlandovi della splenomegalia tromboflebitica, non è raro che prima o poi si associno a queste splenomegalie dei processi trombotici delle vene lienali ed anche della porta: tali casi ho veduto io stesso, e ne hanno riferito parecchi altri autori, tra di noi De Vecchi, Signorelli e Lusena.

È singolare e degno di essere sottolineato dinnanzi al nostro caso, il fatto che codeste splenomegalie croniche con processi spleno- e piletrombotici si trovano non di rado in soggetti ipoplasici, precisamente come è il nostro p. ed anche con sviluppo insufficiente delle ghiandole genitali. Naegeli interpreta questo fatto come un effetto della ipersplenia instauratasi nell'età giovanile. Nel nostro a. troviamo in realtà i testicoli in sensibile grado di atrofia e, come avete veduto, una manifesta deficienza dei caratteri sessuali secondari. È vero che egli ha avuto due figli, ma oltre venti anni or sono, e di poi la funzione genitale è rapidamente scaduta fino all'attuale impotenza assoluta.

Basta questa constatazione a fissare una data all'inizio della malattia? È difficile a dirsi, ma è certo che quando questi ammalati cadono sotto la nostra osservazione, di solito essi portano la loro splenomegalia da molto tempo: quindi non è fuori luogo, nel caso nostro, farla risalire a quell'epoca, come vedete, assai lontana.

*
**

Ed ora occupiamoci un momento della prognosi e della terapia da applicarsi al nostro paziente. La prognosi, vi dico chiaramente, non può fare a meno di risentire dell'incertezza in cui si dibatte la diagnosi. Ma, accettata quella che riteniamo più esatta, di tromboflebite sple-

no-portale, essa risulta senz'altro alquanto severa, non fosse altro per la minaccia che incombe su questi ammalati di una emorragia grave o mortale e del propagarsi della trombosi ad altri tronchi venosi che non sono così facilmente soccorsi, come quelli già colpiti, dall'istituirsi di circoli collaterali, in special modo alle vene mesenteriche.

Inoltre è comune a questi casi un progressivo lento aggravarsi dell'anemia e l'incorrere in uno stato cachettico, come già si accenna nel nostro infermo.

La terapia potrebbe limitarsi a suggerire quei mezzi medicamentosi e dietetici con cui si cerca di favorire l'emopoiesi e di migliorare le condizioni generali, come pure a ricordare il trattamento delle eventuali emorragie, se non si dibattesse per questi casi la questione dell'intervento chirurgico nella forma di splenectomia semplice o associata a omentopessia secondo la proposta di Tansini e Morone. Vi dirò subito che la splenectomia, sebbene possa logicamente giustificarsi nell'intento di evitare una delle più gravi minaccie, e cioè il propagarsi ulteriore della trombosi nel distretto spenoportale e l'insediarsi di quello stato anemico progressivo del tipo bantiano cui abbiamo accennato, non può a meno di essere, in queste condizioni, una operazione difficile e piena di rischi, da limitarsi a casi eccezionali.

Per un intervento di questo genere si è data molta importanza da autori recenti al contenuto di piastrine del sangue, avuto riguardo al pericolo dell'ulteriore estendersi della trombosi dopo l'operazione. Rosenthal vorrebbe distinguere un morbo di Banti (qui morbo di Banti è usato con quella estensione del termine che noi non accettiamo, e significa propriamente sindrome bantiana) con basso numero di piastrine — trombocitopenico — e questo sarebbe suscettibile di splenectomia con buoni risultati, ed un tipo trombocitemico, con numero di piastrine normale o leggermente subnormale che, all'opposto, sarebbe minacciato dalla trombosi post-operatoria. Lo stesso punto di vista ha illustrato H. Ewans in un lavoro su 19 casi studiati.

Ma, come vi ho già detto a proposito della diagnosi, questi criteri sono per più ragioni molto limitatamente attendibili, e non è prudente affidarsi ad essi per una decisione così delicata. E anche in un recentissimo lavoro inglese dedicato all'argomento — splenectomia e trombosi — di A. Graham Bryce e M. D. Manch (*The Lancet*, dicembre 1932) è dimostrata la fragilità di questo criterio di guida.

Per tutto questo io non esito a escludere la splenectomia per il caso nostro, precisamente perchè dell'intervento non siamo in grado di misurare i pericoli nè di riprometterci un successo che valga il rischio di affrontare i pericoli stessi.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale del Littorio in Roma - Padiglione Morgagni.
Chirurgo primario: prof. C. ANTONUCCI.

Le invaginazioni di una haustra del cieco

per il dott. GIOVANNI RIZZO, chirurgo-aiuto.

La definizione data chiarisce bene la malattia: invaginazione cioè di un'haustra del cieco dentro il cieco stesso.

È questa una varietà particolare di invaginazione, certamente molto rara e poco conosciuta, ancor più rara di quel che non sia la invaginazione cecale e la invaginazione tiflocolica. Nei trattati classici e nelle relazioni ai congressi di chirurgia non si trova neanche menzionata, eppure, come meglio si vedrà appresso, essa ha la sua importanza chirurgica, sicchè non è inutile stabilirne, per quanto è possibile, le modalità eziologiche ed anatomo-cliniche, nonchè il suo trattamento. Credo perciò opportuno di contribuire con queste brevi note alla conoscenza ed alla trattazione dell'argomento.

È M. Kyjovsky di Presburgo il primo che nel 1929 ha osservato questa curiosa affezione: in un uomo di 53 anni operato con diagnosi di appendicite acuta egli trovò un invaginazione della parete laterale del cieco, tra la tenia anteriore e la postero-laterale, in corrispondenza della 3ª haustra: e pensò che causa dell'invaginazione doveva essere stato un processo infiltrante della parete cecale in seguito ad ossiuri, *in un ceco dilatato* e *con lungo meso*: eseguì una resezione del ceco ed una ileo-trasversostomia latero laterale: guarigione.

Quindi nel 1931 è apparsa sul *Zbl. Chir.* un'altra osservazione simile di Max Kokler sotto il titolo: « un caso di invaginazione parziale del cieco »: una donna di 60 anni, con passato di stitichezza e vago senso di oppressione al ventre, ammalò un mattino improvvisamente con dolori alla fossa iliaca destra, vomito, melena, melena che si ripetè nuovamente la sera: quindi si aggiunsero aumento di volume dell'addome ed arresto delle materie e dei gas: esaminata due giorni dopo l'iniezione degli accidenti, si riscontrò una tumefazione dolente, grossa quanto un pugno, nella regione del cieco. All'operazione, eseguita per sospetto di invaginazione, si trovò un ceco che nella sua parte laterale era livido ed infiltrato: *la sua seconda haustra era invaginata tra la tenia anteriore e la tenia postero-laterale*, e la prima e la terza haustra si mostravano ispessite: il tutto agiva come un tumore ed impediva il passaggio delle materie: *il ceco era molto mobile*, ma

non era patologico nella sua parte mediale. Date le condizioni gravi della malata si eseguì una ileo-trasversostomia latero-laterale, si drenò l'addome e si suturò parzialmente la ferita: guarigione.

Le cause della invaginazione rimasero, secondo l'autore, ignote: l'esame radiologico; un mese e sei mesi dopo l'operazione, non mise in evidenza nessuna alterazione della parete cecale.

Questo è quanto fino ad oggi è stato scritto e reso noto. A me è occorsa l'occasione di osservare e studiare due casi di tale affezione, e prima di pronunziare qualche parola di commento, desidero esporre la storia dei malati.

OSSERVAZIONE I. — Orl. Giovanni, di anni 34, bracciante. Entrato in Ospedale il 17 aprile 1931, uscito il 29-V-1931. Nulla d'importante nel gentilizio; a 27 anni malaria durata 15 mesi.

Il 16 aprile 1931 verso le ore 8 del mattino, ha avvertito dolori nella fossa iliaca destra, che, iniziatosi piano piano, hanno ben presto raggiunto una notevole intensità, ed assunto a detta del P. il tipo di crampi: di poi vomito e febbre (38°,5), arresto delle feci e dei gas; il 17 aprile chiede ricovero in Ospedale.

E. O. Condizioni generali buone; lingua umida; sistemi scheletrico, muscolare e linfoghiandolare normali; pupille uguali e reagenti.

Polso frequente (100), ma valido e ritmico.

Torace, cuore: nulla di notevole.

Addome: tumido, nel quadrante inferiore destro dolore e modica difesa; nettamente dolenti i punti di Mac Burney, di Lanz, di Morris, di Monro, di Sonnemburg; presente il segno di Rovsing; si ha la sensazione di palpare una tumefazione grossa quanto un uovo, a limiti indistinti, dolentissima.

Ricerche speciali: esame delle urine: alb. tracce minime; zucchero assente; sed. negativo; Wassermann negativa.

Operazione il 17 aprile 1931 (il giorno dopo l'inizio dell'affezione): rachinastesia tutocainica positiva. Taglio di Mac Burney.

Aperto il peritoneo fuoriesce piccola quantità di liquido siero-emorragico. Si estrinseca il cieco il quale è fortemente tumefatto e di color cianotico, provvisto di un meso e abbastanza mobile: la sua seconda haustra è invaginata a dito di guanto e come strozzata dalle due benderelle anteriore e dorso-laterale che la circoscrivono: l'appendice, il tenue e l'angolo ileo-colico sono normali. È necessario sezionare la benderella anteriore per disinvaginare l'haustra strozzata, e siccome essa è molto infiltrata e presenta numerose macchie emorragiche e un colore livido sospetto che non si modificano, malgrado la protezione con compresse imbibite di soluzione fisiologica calda, si affonda nel cieco con suture alla Lambert: fissazione del ceco al peritoneo parietale con punti di catgut: appendicectomia. Si lascia un piccolo stuello di garza iodoformica nella fossa iliaca e si chiude quasi totalmente la ferita. Guarigione.

Esame istologico dell'appendice: *nessuna alterazione.*

Esame radiologico del tubo digerente (un mese dopo l'operazione):

Pasto opaco: stomaco, piloro, duodeno, e tenue normali; ceco spastico e deformato; ascendente e trasverso a tipo spastico.

Clisma opaco: dolicocolon iliaco; trasverso lungo; ascendente aumentato di colibro; ceco deformato e contratto, non spostabile nei cambiamenti di posizione.

Conclusioni radiologiche: ceco fisso; stato spastico del ceco e del colon: dolicocolon.

OSSERVAZIONE II. — L. G., di anni 26, contadino. Nulla nel gentilizio; nega lues e malattie veneree; entrato in Ospedale il giorno 4-XII-1932, uscito il giorno 5-I-1933.

Il 26 novembre 1932, in pieno benessere, è colto da dolori fortissimi, che, dapprima diffusi a tutto l'addome, si localizzarono di poi nella fossa iliaca destra; non vomito nè febbre; anoressia; alvo stitico (in 7 giorni il paziente ha evacuato due sole volte e molto scarsamente); persistendo i dolori chiede ricovero in Ospedale il giorno 4-XII-1932.

E. O. Condizioni generali buone.

Lingua umida; polso un po' frequente (90), pieno, ritmico.

Torace, cuore: nulla di notevole.

Addome: meteorico, dolente nel quadrante inferiore destro dove si palpa una tumefazione grossa quanto un pugno, dolente, non pastosa, che con la dolce pressione provoca un rumore di gorgoglio. Presenti i segni di Mac Burney, di Lanz, di Morris, di Monro, di Sonnemburg, di Rovsing.

Ricerche speciali: esame delle urine: alb. assente; zucchero assente; sedimento negativo; Wasserman negativa.

Operazione il 5-XII-1932 (8 giorni dopo l'inizio dell'affezione). Rachianestesia tutocainica positiva. Taglio di Mac Burney. Si trova nella parte alta della fossa iliaca una tumefazione grossa quanto un pugno, formata dal ceco enormemente disteso e di colore rosso vinoso: il ceco è molto mobile e provvisto di un meso; la sua haustra basilare destra è invaginata a dito di guanto e strozzata dalle due tenie anteriore e posterolaterale che la circoscrivono; l'ileo e lo sbocco ileo-cecale sono normali: l'appendice, unita da qualche membrana velamentosa all'ultima parte dell'ileo non presenta nessun segno di flogosi *È necessario sezionare la tenia longitudinale anteriore per disinvaginare l'haustra* invaginata e strozzata, che con gli impacchi di soluzione fisiologica calda riprende il suo colorito normale, pur restando sempre molto infiltrata: *si fissa il ceco al peritoneo parietale con punti in catgut.* Si lascia una striscia di garza iodoformica nella fossa iliaca e si chiude quasi totalmente la ferita; guarigione.

L'infermo lascia l'Ospedale il giorno 5-I-1933.

Esame istologico dell'appendice: *nessuna alterazione.*

Esame radiologico del tubo digerente: *pasto opaco;* riempimento dello stomaco regolare; piloro e duodeno normali: passaggio per il tenue regolare con anse non dilatate e che si vuotano normalmente; ceco separato dell'ascendente per una contrazione circolare che corrisponde allo sfintere di Busi: esso è deformato e ricorda una immagine a trifoglio, perchè il fondo è quasi isolato da due intacchi laterali. Angolo destro e trasverso a tipo

spastico, con haustra irregolari per altezza, forma e dimensioni.

Clisma opaco: Distensione normale dell'ampolla; dolicocolon iliaco con doppia ansa a festone: trasverso lungo e di calibro aumentato; grosso ascendente con angolo duplicato. In posizione supina il ceco appare coperto dal grosso ascendente, ma in posizione prona esso si scopre, e si nota che il clisma ha superato la valvola ed ha riempito l'ultima ansa dell'ileo; il ceco appare deformato, poco dispiegato, contratto; la sua parete esterna è rigida, quasi rettilinea, non spostabile coi cambiamenti di posizione, ed in corrispondenza ad esse, poco sopra il fondo, esiste un piccolo difetto di riempimento.

Conclusioni radiologiche: *fissazione del ceco;* insufficienza della valvola di Varolio; scarsa dispiegabilità del fondo cecale; *stato spastico del ceco e del colon; dolicocolon.*

STUDIO SINTETICO.

La malattia è stata definita dai due autorevoli autori che l'hanno precedentemente osservata, *in vaginazione parziale del ceco.* In realtà si tratta di invaginazione parziale, ma con tale espressione potrebbe anche intendersi l'invaginazione di tutto il fondo cecale, mentre che nel caso in ispecie l'invaginato è costituito solo da una piccola e particolare parte del ceco, da una sola haustra cioè. Mi sembrerebbe sicchè più logico, più completo e più preciso, parlare di invaginazione di un'haustra del ceco, espressione forse più lunga, ma di certo più esatta, e che richiama subito alla mente l'entità anatomica della lesione.

L'affezione si dichiara col quadro di una sindrome del quadrante inferiore destro, abbastanza simile ad una sindrome appendicolare. In pieno benessere un giovane od un adulto vien colto da dolori improvvisi e di solito intensi, esclusivi o prevalenti nella fossa iliaca destra: spesso vi si aggiunge vomito ed arresto delle materie e dei gas: talora anche febbre o melena. La diagnosi di appendicite s'impone anche perchè sono presenti tutti i punti dolorosi ritenuti caratteristici dell'appendicite. Tuttavia, affinando la clinica, si può mettere in evidenza qualche segno differenziale: la difesa manca od è poco accenutata nella invaginazione, manca pure spesso la febbre, mentre invece si percepisce nella regione della fossa iliaca una tumefazione dolente, ben diversa dal piastrone che si è soliti palpare nella appendicite conclamata con peri-appendicite. Qualche differenza vi è anche nella intensità e nel tipo del dolore: dolori forti a tipo di crampi nella invaginazione, dolori continui con esacerbazioni nella appendicite. Ma si tratta di sfumature, che, sebbene importanti, in pratica possono non esser rilevabili o sfuggire, e difatti nei casi osservati, solo una volta l'invaginazione fu sospettata, e ciò perchè vi era stata melena; le altre volte si operò con diagnosi di appendicite, e la vera lesione fu constatata solo a ventre aperto. A dire il vero anch'io nel secondo caso da me osservato sospettai l'invaginazione, ma forse, più che i segni clinici, perchè di già avevo conosciuto l'affezione la quale per le sue fini particolarità aveva destato il mio interesse. Ed aggiungo che contrariamente a quel che avviene per le altre varietà più frequenti di invaginazione, la malattia non predilige i piccoli bambini: i quattro casi osservati riguardano tutti la media, o la giovane o la inoltrata età.

Le cause restano ancora poco chiare. Kyjowski parla vagamente di un processo infiltrante della parete cecale, senza per altro ben precisare, ma dà sopratutto importanza alla mobilità ed alla dilatazione del ceco. Kohler non riuscì a dare alcuna spiegazione sufficiente.

Io credo che anche qui valgano i concetti generali che regolano l'invaginazione in genere. È ormai noto che nel meccanismo di ogni invaginazione si possono distinguere due tempi; l'atto iniziale, l'inizio cioè dell'invaginazione, e la sua ulteriore progressione.

Il meccanismo di progressione è quasi unanimemente attribuito alla attività peristaltica del cilindro esterno invaginante, la cui muscolatura, stimolata dall'invaginato, tende a farlo progredire come succede per il contenuto intestinale ordinario o per un corpo estraneo. Non vi è invece perfetto accordo circa il meccanismo dell'atto iniziale: gli uni lo considerano costituito da un fattore meccanico puro e semplice (pesantezza dell'ansa per proprio peso o per materie fecali contenute, presenza di un tumore, di un corpo estraneo, di un diverticolo, ecc,. speciali condizioni di posizione, differenza di calibro fra due anse intestinali vicine, ecc.): gli altri, e sono i più, lo credono dovuto ad una alterazione del tono e della normale attività contrattile della parete intestinale (spasmo o contrazione di un segmento intestinale, associato a rilasciamento del segmento vicino), ed assegnano alle condizioni meccaniche dianzi accennate soltanto il valore di cause predisponenti locali. Qualche valore inoltre possono avere, nel meccanismo dell'invaginazione, alcune cause predisponenti generali (ad es.: squilibrio di innervazione per iper- od ipotonia degli apparati nervosi della vita vegetativa), nonchè tutte quelle influenze esterne che agiscono determinando squilibrio od esagerezione nell'attività motoria dell'intestino, quali gli *influssi psichici* (paura, stato di angoscia, ecc.), i *traumi* (scuotimenti del corpo, colpi sul-

l'addome, sforzi della muscolatura addominale, ecc.), atti operativi, ecc.

Riferendomi ora ai miei due malati ricordo che all'operazione, si riscontrò un ceco mobile e con lungo meso, e nessun altro fatto patologico evidente, atto a spiegare l'invaginazione (non tumori, non diverticoli, non corpi estranei, non membrane pericoliche, ecc.) e che l'appendice fu trovata normale anche all'esame istologico . D'altra parte l'esame radiologico del tubo digerente, eseguito dall'illustre prof. Milani, ha messo in rilievo un dolicocolon ed uno stato spastico del caso e del colon.

È quindi seducente pensare che una contrazione spastica localizzata in un ceco mobile sia stata il *primum movens*, abbia cioè determinato l'invaginazione della parte contratta dentro il lume locale stesso, in seguito a che, per i conseguenti disturbi di circolo nell'invaginato e per il suo consecutivo aumento di volume, le due tenie circoscriventi abbiano agito come due corde strozzanti, esagerando ancor più le lesioni e nell'invaginato e nella restante parte del ceco. Questa spiegazione chiara e molto sobria, a me sembra la sola che possa azzardarsi, qualora si vogliano tenere in giusto conto i dati rilevati al tavolo di operazione e quelli suggeriti dallo studio clinico e radiologico dei malati: e contribuisce inoltre validamente a dimostrare quanta parte goda nella patogenesi di qualunque altra invaginazione l'alterazione della normale attività contrattile della parete intestinale.

Può l'invaginazione di un'haustra del cieco evolvere e diventare una invaginazione cecale completa, od una invaginazione cecocolica? Cioè a dire, l'invaginazione di haustra del cieco è una varietà a sè di invaginazione, oppure rappresenta l'inizio di una invaginazione cecocolica? Sebbene in teoria questa progressione può sembrare possibile, da quel che mi è capitato di osservare io credo che l'invaginazione di un'haustra del cieco sia una malattia a sè, e non possa evolvere in altra varietà di invaginazione: l'haustra invaginata è bene e presto strozzata dalle due tenie anteriore e postero-laterale, e qualunque sua ulteriore progressione viene quindi ad essere frustata. Nei miei due pazienti i tentativi di disinvaginazione rimasero vani finchè non fu sezionata trasversalmente la benderella anteriore, e solo allora, dopo aver liberato lo strozzamento, la disinvaginazione divenne possibile.

*
* *

Circa la cura io sono partigiano del trattamento minimo. Kyiovski eseguì una resezione del cieco: Kohler una ileo-trasversostomia latero-laterale. Io credo sia sufficiente la disinvagazione, se essa riesce, previa sempre la sezione della benderella longitudinale anteriore, oppure l'affondamento dell'invaginato con suture alla Lambert, quando la disinvaginazione non è attuabile od è pericolosa, oppure quando si hanno grandi dubbi sulla integrità anatomica dello invaginato stesso: è bene inoltre completare l'intervento con una ciecopessia, eseguita scrupolosamente a livello di ciascuna haustra, perchè, come più su si disse, la mobilità del cieco è un fattore causale di non trascurabile importanza.

Le anastomosi e le resezioni sono, a mio avviso, da riservare ai casi gravi, in cui, non solo non è possibile disinvaginare, ma è seriamente compromessa la vitalità di tutto il cieco.

Con questa breve relazione penso così di aver dato un quadro schematico, ma completamente riassuntivo, di una affezione che fino ad oggi era quasi sconosciuta. Se lo studio delle osservazioni, ancora poco numerose non permette di trarre conclusioni precise circa qualche punto oscuro della sua patologia, esse sono tuttavia sufficienti a dimostrare l'individualità clinica della malattia: e la mia fatica sarà ad usura compensata se a ciò avrà contribuito, sia pure in forma modestissima.

RIASSUNTO.

L'A. illustra due casi di invaginazione di un'haustra del cieco da lui osservati, ed a proposito di essi fa uno studio sintetico dell'affezione, finora poco conosciuta: insiste sopratutto nel dimostrare l'individualità clinica della malattia, e nel tracciare la condotta terapeutica appropriata.

BIBLIOGRAFIA.

M. KYJOVSKI. *Wandsitandigie. Intussuszeption des Coecum.* Bratislavskè lekàrske listy, IV, n. 10, 1925.

N. BOBRIK. *Appendicitis und coecum invagination.* Zbl. Chirur., 1929, pag. 518.

DE BENEDETTI. *Invaginazione cecocolica.* Policlinico, Sezione Pratica, 1928, n. 30.

P. COSTANTINI. *Invaginazione del ceco nel colon ascendente.* Ibid., 1925, n. 30.

MAX KOHLER. *Ein fall von partelles invagination des coecums.* Zbl. Chir., 1931, pag. 2073.

MARGARUCCI O. *Occlusione intestinale.*

DONATI M. *Chirurgia dell'addome.*

PERRIN-LINDSAY. British Journal of Surgery, 1921.

LAURELL. *Sulle invaginazioni del tenue e del ceco.* Acta radiologica, n. 74, 1932.

FRASER. Surg., Gynecol. and Obstet., 1927.

ZOAJER. Zbl. f. Chirur., 1926.

NOTE E CONTRIBUTI.

ISTITUTO DIAGNOSTICO DI REGGIO CALABRIA.

Di alcune rare complicazioni dell'anchilostomiasi

per il dott. P. TIMPANO.

Dal 1921 vado studiando dal punto di vista epidemiologico e clinico l'anchilostomiasi nella provincia di Reggio Calabria.

Le osservazioni fatte fino al settembre del 1927 le ho riassunte in una comunicazione al II Congresso di Medicina e Igiene Coloniale tenutosi a Roma nell'ottobre del 27 e le ho proseguite ininterrottamente negli anni successivi. Così mi è stato possibile non solo di determinare i primi focolai d'infestazione, la distribuzione della malattia, il modo di diffondersi dalle prime località infestate alle campagne e ai paesi vicini e lontani, i danni economici e sociali e l'applicazione dei più recenti metodi curativi e profilattici, ma anche di osservare alcune delle complicazioni provocate dell'anchilostomiasi, che mi sembrano meritevoli di rilievo.

L'anchilostomiasi, come è noto, è capace di determinare disturbi vari a carico dell'apparato respiratorio, dell'apparato digerente, del sistema nervoso, del sistema cardio-vascolare, dell'apparato renale, del sangue, della cute, ecc. Sulla patogenesi di tali disturbi non tutti gli autori sono d'accordo, diverse essendo le opinioni circa il modo di agire degli anchilostomi. Loeb e Smith ritengono che gli anchilostomi, fissandosi sulla mucosa intestinale, provochino piccolissime emorragie, rese più facili della secrezione anticoagulante delle glandole cefaliche. Garin, Roussett e Gonthier considerano l'anchilostoma come un vero ematofago e credono anch'essi che la sostanza secreta dalle glandole cefaliche agevoli la fuoriuscita di sangue dai punti della mucosa dove si fissa. La molteplicità e la durata di queste piccole emorragie sarebbero la causa dell'anemia. Alessandrini ritiene che le glandole cervicali dell'anchilostoma secreghino una sostanza che ha potere emolitico. Lussana è d'avviso che il parassita eserciti un'azione tossica, perchè le urine dei portatori hanno dimostrato di avere azione anemizzante. Looss crede che la secrezione delle glandole cefaliche degli anchilostomi abbia non solo azione emolitica ma anche azione tossica.

Garin, Roussett e Gonthier hanno fondato il loro concetto patogenico sulle reazioni per la ricerca del sangue nelle feci, che sono spesso positive e sui reperti ematologici, come la comparsa di globuli rossi granulosi, la diminuzione del valore globulare, la scarsa modificazione della resistenza globulare, la non costante e non sempre spiccata eosinofilia, che sono sufficienti a dimostrare come l'anemia sia una semplice anemia da *action spoliatrice* dell'anchilostoma e non un'anemia a tipo pernicioso, simile a quella che Bard ha descritto nella infestazione da botriocefalo.

Le sindromi che ha avuto occasione di osservare non solo destano interesse dal punto di vista clinico, ma gettano un po' di luce sulla patogenesi dell'anemia da anchilostomi.

1) *Stato cachettico e spasmo del piloro simulanti un neoplasma.* — Il caso riguarda un contadino di 65 anni da Gioiosa M., che è stato studiato nel nostro Istituto dal dott. Mangiola e pubblicato nel *Policlinico*, Sez. Prat., 1931. Sebbene i segni clinici (stato cachettico, vomito, dolore e senso di resistenza all'epigastrico) e i segni radiologici (svuotamento ritardato, irregolarità e difetto di riempimento) avessero indotto diversi medici ad ammettere l'esistenza di un neoplasma gastrico, l'esame delle feci e la cura col tetracloruro di carbonio svelarono la vera ed unica causa della sindrome accennata e l'infermo guarì.

2) *Anemia grave e nefrite.* — L. T., di anni 17, da Reggio Calabria. Stato generale assai scadente, colorito della cute e mucose subitterico, edema generalizzato, fegato e milza aumentati di volume. Urine scarse: albumina gr. 0,60, traccie di bilirubina, cilindri jalini, granulosi ed epiteliali, rari globuli rossi.

Fu da altri diagnosticata un'anemia perniciosa ipocromica in base all'esame del sangue. L'esame delle feci dimostrò la presenza di numerose uova di anchilostoma. Con la cura specifica — tetracloruro di carbonio — guarì dell'anemia e della nefrite.

3) *Paralisi ascendente.* — B. A., di anni 18, da S. Sperato. Da circa due anni soffriva di anemia e dispepsia. Un giorno si accorse di non potere muovere bene il piede destro, dopo un paio di giorni anche il piede sinistro, poi tutte e due le gambe. Dopo otto giorni non poteva muovere il braccio sinistro.

L'ex direttore dell'Ospedale Psichiatrico, prof. Ciarla, prescrisse una cura antiluetica. Nessun risultato. La paralisi delle gambe e del braccio sinistro continuò per più di un mese. Esame del sangue: gl. r. 2.975.000, gl. b. 12.400, emoglobina 45. Eosinofili 21 %. Anisocitosi, poichilocitosi, anisocromia. Wesserman negativa. Urine: traccie di albumina e di uroeritrina. Feci: molte uova di anchilostoma e rare uova di tricocefalo. Cura: tetracloruro di carbonio, preparati di calcio e preparati ematopoietici. La paziente guarì della paralisi dopo 28 giorni.

4) *Glicosuria.* — A. S., di anni 23, da Prunella. Da un anno è oligoemica. Ha fatto molte cure ricostituenti senza alcun vantaggio. Da un mese ha molta sete, urina abbondantemente e si sente molto debole. E. s.: gl. r. 3.240.000, gl. b. 6.800, emo-

globina 55 %, eosinofili 17 %, molti macrociti e microciti, parecchi poichilociti, anisocromia. Esame urine: D. 1035, glucosio 21 %, assenza di acetone e di acido aceto-acetico. Esame feci: molte uova di anchilostoma. Somministrazione di 4 capsule di tetracloruro di carbonio, seguita, dopo due ore, da un purgante di solfato di magnesia. Scomparsa della glicosuria in pochi giorni e sensibile miglioramento nello stato generale. Si ripresenta dopo 7 mesi: urina normale, stato generale buono.

5) *Ittero febbrile.* — S. F., di anni 20, da Archi (Reggio). Da circa un anno si lagna di debolezza generale, di pesantezza allo stomaco ed ha poco appetito. Da un mese e mezzo è sopravvenuta l'itterizia con febbre leggera e irregolare. Tale sindrome non si è modificata con la dieta opportuna nè con i colagoghi e i lassativi. All'es. o. si presenta assai deperita, con tinta itterica diffusa. Il fegato è discretamente ingrossato e dolente. Esame del sangue: gl. r. 3.645.000, gl. b. 7100, emoglobina 40 %, eosinofili 11 %. Urine: traccie di albumina, pigmenti biliari, qualche cilindro jalino. Feci: molte uova di anchilostoma d. Cura: tetracloretilene in capsule gelatinose, purgante di solfato di sodio, iniezioni di cloruro di calcio. Dopo un mese guarigione completa.

6) *Tachicardia.* — F. G., di anni 28, da Arangea (Reggio). Da cinque mesi si lagna di stanchezza generale e di ronzii alle orecchie. Da una quindicina di giorni accusa palpitazioni e senso di oppressione al torace. È molto pallida, pulsazioni 130. Per tre giorni viene tenuta in osservazione. A digiuno e dopo i pasti la frequenza delle pulsazioni va da un minimo di 95 a un massimo di 135. Toni cardiaci deboli. Temperatura 36,4. Esame del sangue: gl. r. 3.370.000, gl. b. 6890, eosinofili 9 %, urine normali. Feci: uova di anchilostoma e di tricocefalo. Somministrazione di tetracloretilene. Dopo 5 giorni il numero delle pulsazioni scende a 80 e dopo dieci a 65.

Le sindromi che ho brevemente descritto, per il modo come si sono svolte, per la mancanza di altre malattie, come lues o malaria, e per la loro scomparsa in seguito alla cura specifica, non possono essere considerate come semplici coincidenze o come successioni morbose sviluppatesi in individui già predisposti a causa del loro stato particolare, ma come complicazioni che hanno una evidente connessione clinica con l'infestazione da anchilostomi. L'oligoemia, la debolezza generale e la denutrizione, se possono essere invocate come una condizione predisponente per spiegare l'insorgenza di fatti a carico del sistema nervoso, dei reni, del fegato, ecc., non possono essere considerate come la causa diretta. Bisogna, dunque, ammettere l'esistenza di sostanze tossiche prodotte dall'anchilostoma, sostanze che, fissandosi nei vari tessuti od organi, sono capaci di determinare delle alterazioni ematiche, circolatorie e secretorie più o meno profonde e durature, analogamente a quanto può verificarsi nella malaria, nella difterite, nel tifo, ecc. Inoltre, per l'entità stessa delle sindromi sopracitate, è lecito ammettere che l'anemia non sia dovuta alle piccole emorragie, o per lo meno non soltanto alle piccole emorragie, ma anche, e sopratutto, all'azione tossica ed emolitica delle sostanze secrete dai parassiti.

La ricerca del sangue nelle feci eseguita in moltissimi casi con le reazioni più sensibili non sempre ha dato risultato positivo nè sempre proporzionato al numero degli anchilostomi espulsi. In altri casi le piccole perdite di sangue avrebbero potuto essere compensate dalle costanti cure ricostituenti ed ematopoietiche praticate dagli ammalati, tanto più che vi sono autori i quali credono che qualche volta la sola cura ematopoietica riesca a vincere l'anemia e a combattere l'infestazione da anchilostomi, senza che vi sia bisogno di ricorrere alle cure antiparassitarie, mentre vi sono casi in cui la gravità dell'anemia non è in rapporto proporzionale con la quantità degli anchilostomi nè con la durata dell'infestazione.

Sono appunto questi i casi in cui l'anemia non può essere spiegata con le piccole perdite di sangue ma sibbene con l'azione tossica ed emolitica delle sostanze secrete dagli anchilostomi, sostanze che di continuo passano nel circolo sanguigno, ed inoltre con lo stato dispeptico, di cui molti ammalati soffrono, e che può rendere incompleta la digestione e agevolare la formazione di tossine emolitiche.

La cura col tetracloruro di carbonio purissimo in capsule gelatinose, eliminando al tempo stesso dai pasti i grassi, gli acidi e gli alcoolici, seguìta, a seconda dei casi, da alcune iniezioni di cloruro di calcio, che sembra evitino gli eventuali fenomeni tossici, è stata, come si è visto, ben tollerata ed efficace.

Il tetracloretilene, seguito da un purgante di solfato di sodio, si è dimostrato pure attivissimo e scevro d'inconvenienti. Non ho adoperato il cloroformio preconizzato da Alessandrini e di cui in alcuni casi ho potuto constatare l'indiscutibile efficacia, perchè associato all'olio di ricino, come ordinariamente si somministra, riesce spesso sgradevole e, d'altra parte, non si è sempre sicuri della bontà del farmaco, sopratutto negli ambienti rurali.

RIASSUNTO.

L'A., nello studiare l'anchilostomiasi nella prov. di Reggio Cal. dal 1921 a oggi, ha potuto osservare delle rare complicazioni a carico dello stomaco, del fegato, del cuore, del sistema nervoso e del ricambio e le ha illustrate, rile-

vando al tempo stesso la grande importanza dell'azione tossica ed emolitica delle sostanze secrete dagli anchilostomi e l'influenza della disfunzione gastro-intestinale in confronto dell'azione dovuta alle piccole emorragie prodotte dagli stessi parassiti, ed inoltre la tolleranza del tetracloruro di carbonio e del tetracloretilene, somministrati in capsule gelatinose, nei riguardi dello stomaco, del fegato e dei reni.

SUNTI E RASSEGNE.

ITTERI.

La diagnosi differenziale dell'itterizia.

(C. A. FLOOD, D. SEGAL, B. SPOCK e R. F. LOEB. *Amer. Journ. Med: Sciences*, marzo 1933).

L'itterizia è un sintomo di parecchie malattie. Il riconoscimento dell'affezione determinante non è sempre facile, ed i metodi di laboratorio finora escogitati non si sono mostrati sufficienti. Per il momento è meglio affidarsi agli elementi forniti dall'esame clinico.

Gli AA., allo scopo di stabilire quali dati possono concorrere alla diagnosi esatta, hanno studiato 235 casi di itterizia dei quali 81 dovuti a forme catarrali, 15 ad avvelenamento arsenicale, 17 ad atrofia gialla acuta del fegato, 30 a cancro del pancreas, 9 a cancro del dotto biliare, 10 a cancro della cistifellea, 7 a cancro primario del fegato, 66 a calcolosi biliare.

I casi sono stati divisi in tre gruppi: 1) ittero catarrale; avvelenamento arsenicale; atrofia gialla acuta; 2) cancri; 3) calcolosi.

Gli elementi forniti da queste osservazioni sono stati così riassunti:

Età. Ha molta importanza per la diagnosi differenziale. L'ittero pronunciato in individui giovani è di solito di origine catarrale. Anche l'atrofia gialla acuta si verifica per lo più in individui giovani, ma più frequentemente verso la maturità.

Viceversa l'ittero da calcolo o cancro si verifica nell'80 % dei casi in soggetti con età superiore a 40 anni.

Sesso. L'ittero catarrale è più frequente nei maschi, l'atrofia gialla acuta più nelle donne. Il cancro della cistifellea è più frequente nelle donne (71 %), mentre il cancro primitivo del fegato e del dotto biliare è più frequente nei maschi. La calcolosi biliare è più frequente nelle donne (71 %).

Grado dell'itterizia. Il cancro del pancreas, della cistifellea e del dotto biliare dà un'itterizia moderata, e talvolta intensa. Nel cancro primitivo l'ittero è leggero o anche mancante. Nella calcolosi l'ittero è molto variabile. Altrettanto può dirsi della forma catarrale.

Durata dell'itterizia. Nelle forme catarrali e nell'atrofia gialla acuta l'ittero dura di solito meno di due settimane. Nel gruppo del cancro ha una durata molto più lunga. Nella calcolosi è intermittente e di varia intensità. Questa intermittenza e variabilità deve far propendere sempre più per le calcolosi che per il cancro.

Sintomi iniziali. Nell'ittero catarrale e nella atrofia gialla acuta sono molto variabili ma interessanti in confronto di quelli degli altri gruppi. Per lo più si ha nausea o vomito, malessere, itterizia, dolore epigastrico, anoressia.

Nel gruppo del carcinoma invece il primo sintoma è costituito nella metà dei casi da un dolore nella parte superiore dell'addome. Altro sintoma precoce è l'ittero, meno frequentemente la malattia s'inizia con debolezza e prurito. Nella calcolosi il principale sintoma iniziale è il dolore.

Dolore addominale. Il dolore o un vago senso di pena è presente in tutti e tre i gruppi.

Nella metà dei casi del primo gruppo il dolore è frequente e localizzato alla parte superiore dell'addome. Esso ha intensità variabile: può essere molto forte o limitarsi ad un vago senso di malessere.

Nel cancro è frequente nel 65 % dei casi. Nel cancro del pancreas e del dotto biliare è persistente, lancinante, localizzato all'epigastrio. Nel cancro della cistifellea è a fitte, a mo' di crampo. Quello primitivo del fegato è per lo più un dolore ottuso.

Il dolore nella calcolosi biliare è presente nel 97 % dei casi. È intenso, accessionale, localizzato all'epigastrio ed all'ipocondrio destro con irradiazione al dorso ed alla spalla.

Prurito. Nelle forme del primo gruppo manca abitualmente, è moderato quando è presente. Nel cancro manca solo in quello primitivo del fegato. Manca nei due terzi dei casi di calcolosi.

Diminuzione di peso. Manca nel primo gruppo. È sensibile e progressivo nel cancro. Nelle calcolosi è intermittente, legata ai concomitanti disturbi digerenti.

Astenia. Manca di solito nell'ittero catarrale, nell'atrofia e nell'avvelenamento arsenicale. È abitualmente presente nel cancro. Manca nei casi di calcolosi.

Prodromi delle vie respiratorie. Nel 25 % dei casi d'ittero catarrale si ha all'inizio infezione delle vie aeree superiori.

Febbre. Quasi sempre presente nelle forme del primo gruppo. Abitualmente assente nel cancro del pancreas, presente nelle altre localizzazioni del cancro e nella calcolosi.

Dolenzia alla pressione della regione epatica. Presente nella metà dei casi del primo gruppo, in un terzo dei casi di calcolosi, assente nel cancro tranne che in quello primitivo del fegato.

Ingrossamento del fegato. Presente in tutti i casi.

Ingrossamento della milza. La milza è palpabile nel 25 % dei casi d'ittero catarrale, non si palpa in tutti gli altri casi.

Ingrossamento della cistifellea. La cistifellea è quasi sempre ingrossata in tutte le forme di itteri. Ma questo ingrossamento si rileva clinicamente quasi esclusivamente, e neppure sempre, nelle calcolosi.

Ascite. È rara. Si riscontra solo in pochi casi di cancro e si deve alla coesistenza di cirrosi.

Diabete. È presente solo nel cancro del pancreas. Costituisce un notevole ausilio per la diagnosi.

Acne. Spesso presente nelle forme del primo gruppo, assente nel cancro e nelle calcolosi.

Urobilina nelle feci. La presenza di urobilina nelle feci è variabile negli itteri del primo gruppo e nelle calcolosi, manca sempre nel cancro del pancreas, della cistifellea e del dotto biliare, è costante nel cancro del fegato.

DR.

Ittero emolitico congenito. Tentativo di trattamento con i lipoidi.

(C. BACALOGLU, M. ENACHESCO e C. GHEORGHIU. *Le Sang*, n. 3, 1933).

Secondo gli AA. la fragilità globulare è il *primum movens* di tutti i disturbi riscontrati nell'ittero emolitico, malattia del globulo rosso e non della milza. Contrariamente poi alla ipotesi di Widal, che suppone un agente esterno al globulo rosso, che si fissa su di esso e lo rende più fragile, gli AA. pensano che si tratti di una debolezza congenita dell'emazia, che arriva in circolo senza avere la sua costituzione normale.

Le ragioni di questo modo di vedere sono multiple. Anzitutto la fragilità globulare, nella maggior parte dei casi, persiste dopo la splenectomia. Inoltre anche la microcitosi, di cui l'importanza non è stata abbastanza considerata e che sembra essere in rapporto intimo con la costituzione anormale del globulo rosso, non è influenzata dalla splenectomia. Nel sangue di questi malati poi si constata sempre un abbassamento del tasso di colesterina, segnalato per la prima volta da Chauffard e Grigaut, ed è noto che la colesterina protegge le emazie contro l'azione emolitica della saponina e contro le emolisine batteriche.

In base a queste considerazioni gli AA. hanno esperimentato, in un caso di ittero emolitico congenito, gli effetti della somministrazione di lipoidi. Per circa un mese l'infermo ricevette gr. 0,04 di cloridrato di colina, poi per 15 giorni ancora gr. 0,05-0,30 di colesterina (soluzione in olio di uliva al 5 %).

Lo stato generale dell'infermo subì una netta trasformazione: il pallore, la stanchezza scomparvero, il numero delle emazie passò da 3.400.000 a 4.460.000, con un proporzionale aumento dell'emoglobina, aumentò la colesterina nel sangue, i pigmenti biliari nel sangue si ridussero ad un terzo del loro tasso iniziale, diminuirono i microciti ed i corpi di Yolly. Solo la resistenza globulare non fu modificata.

La splenomegalia ed i dolori che l'infermo di tempo in tempo accusava all'ipocondrio sinistro, indussero gli AA. a fare splenectomizzare l'infermo. In seguito a questo intervento, la resistenza globulare, senza ritornare normale, passò da 0,72 % a 0,52 %. Le altre caratteristiche del sangue: colesterina, pigmenti biliari rimasero nei limiti ottenuti con i lipoidi. Ma dopo 11 giorni dall'operazione, malgrado il numero delle emazie fosse aumentato a 6.600.000, la microcitosi era più accentuata di quanto non fosse prima della somministrazione di colesterina, ed i corpi di Yolly si trovavano nella proporzione di 4000 per mmc. Oltre a ciò, la resistenza globulare, aumentata immediatamente dopo l'intervento, cominciò a diminuire ed in meno di un anno passò da 0,52 a 0,56 %.

Dunque i segni caratteristici dell'ittero emolitico: fragilità globulare, microcitosi, ipocolesterinemia sono influenzati in limiti poco estesi dalla splenectomia. Se, dopo la splenectomia, la resistenza delle emazie aumenta, è da osservare che un tale aumento si verifica sempre dopo l'asportazione della milza, anche se l'intervento è imposto da un accidente fortuito o da altre affezioni. Si può dire con Chauffard che la splenectomia, se sopprime l'azione emolitica dell'organo, non può influenzare la composizione del globulo rosso.

Il fatto che la colina e la colesterina, mentre hanno ridotto l'anemia, o la bilirubinemia e la microcitosi ed hanno aumentato la colesterinemia, non hanno influenzato la resistenza globulare, dimostra che queste sostanze devono associarsi ad altri corpi che noi non conosciamo, perchè possano agire sulla resistenza delle emazie.

In base a queste considerazioni, all'ittero emolitico deve essere ravvicinata un'altra malattia: la poliglobulia o malattia di Vaquez. Come manifestazioni cliniche le due malattie sono situate ai due poli opposti, ma la patogenesi, pur così differente, di esse deve essere riportata ad un vizio di costituzione del globulo rosso. Nell'ittero emolitico il globulo rosso non possiede la quantità di sostanze necessaria ad impedire l'emolisi esagerata, nella poliglobulia ne contiene in quantità eccessiva.

Una tale concezione non esclude l'importanza degli organi sanguigni (milza, midollo osseo), nei disturbi morbosi di queste malattie. La loro patogenesi non può essere univoca, sopratutto per quanto riguarda l'ittero emolitico, nel quale le lesioni spleniche sono manifeste. Ma solo una composizione difettosa del globulo rosso può spiegare la maggior parte dei sintomi caratteristici delle malattie considerate.

C. TOSCANO.

DIABETE.

Patologia e terapia funzionale del diabete.

(C. v. NOORDEN. *Medizin. Klinik*, n. 1, 2 e 3, 1933).

La anomalia del ricambio che dà luogo al diabete consiste in una iperproduzione di glucosio, e non, come da molti si riteneva, in una incapacità dei tessuti di ossidare tale sostanza. In condizioni normali l'ormone dell'apparato insulare del pancreas inibisce la trasformazione del glicogeno epatico in glucosio: nel diabetico, venendo a mancare questa azione inibitoria, si ha una esagerata trasformazione di glicogeno. Vari argomenti parlano decisamente per questa concezione. Così nell'ipoglicemia determinata dall'insulina, vediamo la pericolosa sindrome manifestarsi nonostante un imponente accumulo di glicogeno nelle cellule epatiche, se l'iniezione di insulina era stata preceduta da un periodo di alimentazione ricca di idrati di carbonio. Evidentemente in questi casi l'insulina iniettata « blocca » il glicogeno ed impedisce che il sangue vi possa attingere lo zucchero che gli manca. È noto che l'attività muscolare riesce a diminuire la glicosuria dei diabetici. Il consumo di zucchero ematico che in tal caso si produce rende necessaria la scomposizione del glicogeno: perciò durante l'attività muscolare si richiede meno ormone pancreatico che inibisca la scissione del glicogeno. Nelle forme gravi di diabete invece, l'attività muscolare è dannosa, perchè non esistendo più una corrispondenza tra lo stimolo alla produzione e la produzione stessa dello zucchero, le esigenze di zucchero da parte dei muscoli in attività provocano una produzione esagerata che oltrepassa di molto l'effettivo bisogno. Pure l'attività muscolare è una terapia funzionale molto utile nel diabete: è utile anche nei casi gravi, purchè essa venga razionalmente dosata, Diabetici trattati con l'insulina, se costretti dalla loro professione ad intensa attività muscolare, possono presentare persino stati ipoglicemici: l'insulina blocca il glicogeno di modo che non si possono compensare le perdite di zucchero dal sangue necessarie a soddisfare ai bisogni dei muscoli attivi. Questi stessi pazienti, con la stessa alimentazione e le medesime dosi di insulina, a riposo non presentano ipoglicemia. Si deve tener conto di ciò nella cura dei diabetici che ritornano alla loro attività, se questa comporta un intenso lavoro muscolare: si diminuiranno allora le dosi di insulina, sorvegliando la curva glicemica. L'azione favorevole esercitata dall'attività muscolare nel diabete contrasta decisamente con la teoria della non ossidazione del glucosio: perchè allora l'attività dei muscoli dovrebbe sempre rappresentare un aggravio per l'apparato insulare, richiedendosi una maggior quantità di insulina per l'ipotetica agevolazione della ossidazione del glucosio. Tutti i componenti alimentari fanno aumentare la glicemia stimolando la scissione del glicogeno: difatti essi esplicano la loro azione glicemizzante specialmente se passano per il fegato. L'ingestione di idrati di carbonio è seguita da un aumento di zucchero maggiore di quanto corrisponderebbe alla quantità stessa ingerita, evidentemente per una azione stimolante dannosa esercitata dallo zucchero stesso. Introducendo nell'organismo dello zucchero senza che questo passi per il fegato, gli effetti glicemizzanti sono molto minori: così nell'iniezione endovenosa, e così nella introduzione rettale di soluzioni glucosate, nell'ultimo caso gli effetti glicemizzanti sono ridotti almeno del 50 %, spesso anche del 70-80 %.

Sulla glicosuria dei diabetici influiscono le condizioni più diverse: la suddivisione del cibo durante la giornata, lo stato delle glandole endocrine, emozioni psichiche, malattie intercorrenti. Eccitazione ed eccitabilità dell'apparato epatico glico-formatore sono soggette, oltre che alla influenza tra loro antagonistica dei sistemi cromaffine ed insulare, anche all'azione degli ormoni tiroidei ed ipofisari. Così le ipertireosi peggiorano il ricambio diabetico: questo migliora in seguito a quegli interventi che influiscono favorevolmente sulla ipertireosi (p. es. interventi operativi o irradiazioni del gozzo basedowiano). Abbastanza frequente è anche l'associazione dell'acromegalia con il diabete. Le malattie febbrili aumentano la formazione dello zucchero dal glicogeno: questa azione sfavorevole non si manifesta, se durante lo stato febbrile vengono molto limitati i grassi e le proteine dell'alimento. Per risparmiare lavoro al fegato è necessario limitare al massimo la somministrazione del grasso ai diabetici ammalati di malattie infettive: procedendo così si ottengono talvolta ottimi risultati anche in diabetici tubercolosi con febbre elevata. Un'emozione psichica può determinare in un non diabetico una glicosuria transitoria: nel diabetico qualsiasi trauma psichico peggiora facilmente la situazione del ricambio. In tale senso il cosiddetto diabete « neuro-traumatico » si deve considerare una forma fino allora latente di diabete, resa manifesta o aggravata comunque dal trauma: il trauma non può però mai provocare un diabete, e di questo si deve tener conto in questioni di indennizzo. Una forma del tutto speciale è il diabete aglicosurico-iperglicemico: per lo più si tratta di diabete comune, trasformatosi poi in questa forma speciale in seguito a progressiva arteriosclerosi o raggrinzamento renale.

Tutte le complicazioni ed i pericoli del diabete comune si osservano anche in questa forma; in questi casi è preferibile non ricorrere all'insulina, si ottengono buoni risultati da una dieta ricca di proteine e di idrati di carbonio, ma molto povera di grasso e di sale (al massimo 40 gr. di grasso). È bene intercalare ogni tanto dei giorni in cui si danno soltanto erbaggi ed idrati di carbonio.

L'esame della glicemia è molto importante nei cosidetti casi lievi di diabete in cui la glicosuria è scarsa, variabile, e può scomparire del tutto per giorni, settimane e anche mesi, senza che si sia adottata una dieta particolarmente rigorosa. È necessario riconoscere a tempo questi casi, per evitare il peggioramento progressivo: l'esame della glicemia a digiuno ha una utilità relativa, molto più importante è l'esame della curva glicemica, dopo prova di carico, meglio di tutto per mezzo della somministrazione frazionata di pane. Un primo esame della glicemia viene fatto a digiuno, dopo che il paziente fin dalle ore 14 del giorno precedente non ha ricevuto idrati di carbonio, ma soltanto thè amaro, insalata, erbaggi con poco grasso e 1-2 uova. Subito dopo questo esame il paziente riceve 25 gr. di pane bianco; quindi, ad intervalli di un'ora, 50, poi 75, infine 100 gr. di pane. L'esame della glicemia si pratica 1, 2, 3, 4, 5, 6 ore dopo il primo pasto di pane; durante tutta la prova il paziente deve stare sdraiato, evitando i movimenti muscolari. Abbastanza spesso questo esame dimostra curve glicemiche normali in bambini o giovani glicosurici; reperto favorevole che a ragione può far sperare in una guarigione spontanea, che però non esclude la possibilità di un aggravamento successivo e anche di una trasformazione in vero diabete. Questi reperti favorevoli dopo prove di carico si osservano prevalentemente negli individui giovani, molto più di rado al di là della quarantina; ne dobbiamo concludere che buona parte di quei casi definiti nei giovani come « diabete renale » si trasformino con l'avanzare dell'età in diabete vero, per quanto per lo più leggero. Nelle glicosurie lievi e ancora intermittenti le prove di carico spesso danno un risultato che devia dal normale e si avvicina decisamente al diabetico, mentre la glicemia a digiuno è ancora normale. Sono casi ancora leggeri, ma in cui una appropriata terapia deve cercare di impedire la possibilità di peggioramento. L'esame delle curve glicemiche è molto importante nei casi dichiarati di diabete, specialmente in quelli trattati con l'insulina. I diabetici non trattati, presentano, purchè si mantenga la stessa dieta e la stessa distribuzione dei pasti, una curva glicemica che ha i suoi minimi ed i suoi massimi che si ripetono sempre alle stesse ore della giornata. Abbastanza favorevoli sono quei casi in cui il minimo cade verso il mezzogiorno. Non di rado il massimo della glicemia si presenta la mattina a digiuno, e coincide con il minimo della glicosuria. Nei diabetici curati con l'insulina, le curve glicemiche ci indicano quale sia in ogni singolo caso la migliore distribuzione delle dosi di insulina nel corso della giornata. Così p. es. nei diabetici gravi, cui a causa della tendenza all'acetonemia si deve dare una quantità forte di idrati di carbonio (140-180 gr. di pane al giorno) si osservano una fortissima glicemia a digiuno, dopo notti senza insulina, e una intensa glicosuria nelle prime 1-2 ore dopo la prima colazione. Glicemia e glicosuria resistono tenacemente all'insulina: in questi casi è utile non dare affatto insulina la mattina, ed iniettarla invece al momento della « resistenza minima », prima della seconda colazione e del pranzo. Con l'andar del tempo si vede spesso diminuire, se si persiste nella detta distribuzione dell'insulina, anche la glicemia a digiuno. In questi casi gravissimi è indispensabile intercalare settimanalmente un giorno di soli idrati di carbonio (circa 180-240 gr. pane bianco) con 5-8 piccole dosi di insulina. Dopo alcune settimane, si riesce per lo più a migliorare la situazione del ricambio, tanto da poter ritornare al procedimento usuale dell'insulinoterapia.

La abnorme scissione del glicogeno che dà origine alla iperglicemia diabetica, avviene principalmente nel fegato. Le cellule epatiche del diabetico non sono in grado di adempiere al triplice ufficio richiesto loro da una dieta comune: ricambio normale dello zucchero-glicogeno, elaborazione degli aminoacidi, scissione degli acidi grassi. È necessario sollevare il fegato da uno o dall'altro di questi compiti, vediamo allora migliorare il ricambio del diabetico. Si ottiene questo con il cosidetto « sistema dei due elementi nutritivi », sistema che sceglie come principali componenti della dieta giornaliera:

1) o proteine + grassi;
2) oppure idrati di carbonio + grassi;
3) o infine idrati di carbonio + proteine.

I migliori risultati si ottennero con la dieta povera di grassi: la tolleranza per gli idrati di carbonio aumenta allora almeno del 50 %. Aumenta anche di molto la tolleranza per le proteine, sicchè riesce possibile somministrare, con aumenti graduali, fino a 250-300 gr. di carne al giorno (peso della carne cotta) senza che aumentino in misura apprezzabile nè la glicosuria nè la glicemia. La dieta povera di grasso si istituisce dopo una giornata di digiuno e dopo almeno altri tre giorni di dieta del tutto priva di grasso, in cui si danno erbaggi freschi e 600-1000 gr. di frutta. Quindi aggiunta di carne molto magra, poi di idrati di carbonio magri (cereali). Circa una settimana dopo il giorno di digiuno si inizia una lentamente progressiva aggiunta di grasso, fino ad un massimo di 40-60 gr. Adottando questo sistema di alimentazione, si cerca di fare a meno dell'insulina, anche nei diabetici abituati alle iniezioni; naturalmente questo non è sempre possibile, spesso però si riesce a mantenere senza insulina aglicosurici e senza acetonuria, per mesi ed anche per anni dei diabetici abituati a 40-60 uintà di insulina al giorno. Nei primi tempi di tale cura sono inevitabili delle perdite di peso, ed è bene avvertire di questo i pazienti. In tutti i casi è assolutamente necessario evitare l'acetonuria. Per lo più si ottiene questo se si riesce a fare assorbire ed utilizzare idrati di carbonio in quantità

corrispondente a 100-120 gr. di pane bianco; se questo non è possibile senza l'insulina, se ne inietteranno le quantità necessarie. Per lo più è consigliabile far tollerare dosi ancora più alte, senza oppure con l'ausilio dell'insulina: senza mai oltrepassare però un massimo di 120 gr. d'idrati di carbonio (200 gr. di pane bianco). La dieta povera di grasso non si deve protrarre troppo a lungo, senza intervallare giornate in cui si dà il grasso in maggiore quantità. Perciò fin dalla seconda o terza settimana di cura, si intercalerà 1-2 volte la settimana una giornata ricca di grasso (circa 100 gr. e più) in cui si somministra oltre a questo un solo altro componente alimentare, cioè abbondanti proteidi oppure abbondanti idrati di carbonio; oppure si danno solo erbaggi, uova e grasso nella quantità totale di 100-140 gr. (4 uova al giorno).

R. POLLITZER.

Il trattamento del diabete mellito con un regime povero di grassi.

(A. ADLERSBERG e O. PORGES. *Presse Méd.*, 11 marzo 1933).

Gli AA. hanno potuto dimostrare, sin dal 1922, che l'azione più favorevole sulla tolleranza degli idrati di carbonio è in generale data dagli stessi idrati di carbonio, vengono poi le proteine, mentre le grandi quantità di grassi abbassano la tolleranza per gli idrati di carbonio. Questo comportamento resta lo stesso quando si faccia uso di insulina.

Gli AA. furono pertanto indotti a trattare il diabete con un regime ricco di idrati di carbonio e povero di grassi. La parte delle proteine nel regime è normale; quando gli idrati di carbonio sono mal tollerati o in certe forme di obesità, la parte delle proteine è aumentata. Studiando un gran numero di diabetici gli AA. hanno potuto constatare che questo regime ricco di idrati di carbonio e povero di grassi porta a lungo andare ad un miglioramento durevole della tolleranza idrocarbonata ed agisce meglio di tutti gli altri regimi.

Le forme di regime stabilite dagli AA. per le varie categorie di malati sono le seguenti:

1) *Per i diabetici leggeri senza insulina*:

a) Formula dietetica per i malati obesi. — La razione comprende in media 120-150 gr. di albumine o più, 50-150 gr. di idrati di carbonio, 20-50 gr. di grassi. Il valore nutritivo è di 1200-1800 calorie; si tratta dunque di una ipoalimentazione. Ottenuto il risultato voluto, si rimpiazza una parte delle proteine con idrati di carbonio, che il malato sopporta senza glicosuria; si aggiungono anche circa 20-30 gr. di grassi ed eventualmente ancora proteine, in modo che il valore nutritivo corrisponda alla razione alimentare necessaria.

b) Formula dietetica per il trattamento dei diabeti leggeri in stato di nutrizione normale. — Il rapporto di proteine:idrati di carbonio dipende dalla tolleranza del caso. Si comincia di solito con 100-150 gr. di proteine e 50-200 gr. di idrati di carbonio. La quantità dei grassi è di 40-80 gr., il valore nutritivo corrisponde appena alla razione normale (1800-2200 calorie). Quando le urine sono diventate aglicosuriche si rimpiazzano le proteine con idrati di carbonio fino al limite di tolleranza.

2) *Trattamento dei diabeti medi e gravi con insulina*:

a) Formula dietetica per i malati obesi. — Corrisponde alla formula 1) con la sola differenza che si utilizza in più dell'insulina, nella quantità necessaria. Dopo il passaggio al regime definitivo, si può cessare la somministrazione dell'insulina se il malato tollera da 75 a 100 gr. di proteine, 50-70 gr. di idrati di carbonio, oppure più proteine senza glicosuria importante. Altrimenti si continua con l'insulina e con una razione più ricca in idrati di carbonio (150-300 gr.) definitivamente.

b) Formula per i diabetici in istato di nutrizione normale. — Il regime contiene 60-100 gr. di proteine, poco grasso; il resto della razione alimentare necessaria è rappresentato dagli idrati di carbonio, cosicchè si somministrano da 150 a 300 gr. di idrati di carbonio per giorno.

c) Formula dietetica per i malati ipoalimentati (diabete con denutrizione). — Il regime contiene 60-100 gr. di proteine, 80-100 gr. di grassi al massimo, il resto della razione si compone di idrati di carbonio fino ad una quantità globale di 2500-3500 calorie.

Le formule dietetiche riportate provocano un miglioramento della tolleranza idrocarbonata variabile con gli individui. I diabetici all'inizio reagiscono molto bene a questo regime e si arriva in questi casi a ristabilire una tolleranza quasi normale. Il regime è ben tollerato ed è accettato volentieri dai malati. Il regime non è più caro degli altri. La quantità di insulina necessaria per i casi trattati con questa sostanza è all'inizio maggiore che per il regime povero in idrati di carbonio. Dopo qualche tempo però si arriva a diminuire la dose di insulina. In molti diabetici la dose di insulina è la stessa che con un regime ricco in grassi e povero in idrati di carbonio.

C. TOSCANO.

SINDROMI ADDOMINALI.

Sindromi addominali acute.

(W. H. C. ROMANIS. *Practitioner*, marzo 1933).

La diagnosi differenziale delle sindromi addominali acute ha un'importanza capitale in quanto si tratta di stabilire: 1) se si tratta di affezione degli organi addominali per la quale è necessario l'intervento chirurgico; 2) se la malattia può essere trattata con cura medica; 3) se i sintomi addominali sono dovuti ad affezioni di altri organi e sistemi.

Nel primo gruppo sono comprese affezioni di vario genere: appendicite acuta, peritonite, sal-

pingite, pancreatite, colecistite; perforazione di ulceri gastriche o duodenali, ulceri stercoracee, ulceri tifose; emorragie da gestazioni ectopiche; rotture di cisti ovariche; lesioni traumatiche; torsioni di cistiti ovariche o della cistifellea; ed infine le differenti forme di occlusione intestinale.

Nel secondo gruppo sono comprese varie forme di coliche intestinali, renali, epatiche, la costipazione semplice, eventualmente la pielite, l'influenza addominale, la peritonite tifosa e tubercolare.

Tra le affezioni di altri organi e sistemi che possono provocare sintomi addominali acuti vanno ricordati la polmonite, specie nei bambini, il pneumotorace spontaneo, la trombosi coronaria, le crisi gastriche della tabe, l'uremia, affezioni reumatiche ed arteriosclerotiche, la porpora di Henoch, il diabete.

In ogni caso di sindrome addominale acuta conviene innanzi tutto escludere che non si tratti di una di queste ultime affezioni.

In molti casi di *polmonite* e di *pleurite*, specie di pleurite diaframmatica, e più frequentemente nei bambini, il dolore è riferito all'addome. Si tratta di un dolore spontaneo diffuso, che non si riesce mai a localizzare anche con la pressione profonda. La parete addominale sembra rigida, ma in effetti non si tratta di una vera rigidità in quanto durante i movimenti respiratori si ha un rilasciamento muscolare. Nella fase iniziale vi può essere vomito. La temperatura è molto più alta che nelle sindromi addominali acute. L'esame del torace consente di fare la diagnosi esatta, in quanto i segni della polmonite non tardano a comparire.

Talvolta l'*uremia* somiglia sintomatologicamente all'occlusione intestinale. Si ha vomito dapprima alimentare e poi biliare e stercoraceo; l'addome è meteorico; si ha flatulenza e stipsi ostinata, nonchè dolori addominali a tipo crampiforme; il soggetto presenta uno stato tossico. Spesso la diagnosi si può fare solo in base all'esame delle urine e dell'azotemia.

Il *tifo* può iniziarsi con dolori addominali vaghi, che talvolta si localizzano al quadrante inferiore dell'addome, in relazione al fatto che il cieco e l'appendice sono le prime parti dell'intestino che s'infiammano. Spesso si può avere un decorso febbrile, e possono verificarsi altri fatti, nausee e vomiti, tali da rendere il quadro simile a quello dell'appendicite acuta. Conviene in ogni modo tener presente che nel tifo la cefalea è più comune ed intensa. L'inizio del tifo è talvolta così simile al quadro dell'appendicite da indurre senz'altro all'operazione. Si trova allora l'appendice un po' arrossata, ma non più di quel che lo sia il prossimo intestino. Si tratta della compartecipazione dell'appendice all'enterite tifosa.

L'*influenza addominale* è caratterizzata da un dolore dell'addome a carattere accessionale, somigliante a quello delle comuni coliche. Però il paziente ha spesso anche vomito, meteorismo e aumento della frequenza del polso, temperatura alta, diarrea con feci mucose. Alla pressione si provoca dolore per tutto l'addome, talvolta più intenso nella regione cecale. Se per errore si interviene chirugicamente si trova l'appendice arrossata come nel tifo.

Nella *colica biliare* il dolore è localizzato all'ipocondrio destro con diffusione all'epigastrio, al dorso e specialmente alla regione scapolare. Pertanto lo scambio con l'appendicite è difficile e tutto si riduce a decidere se si tratta di una colica semplice, che si calma con la morfina, o di una colecistite acuta, per la quale può essere necessaria l'operazione.

Nella *colica renale* il dolore è localizzato al dorso sotto le ultime costole con diffusione intorno ed in basso fino all'inguine, al testicolo, alla coscia. Il paziente non vomita ma emette una gran quantità di gas.

La *colica intestinale* è caratterizzata da un dolore addominale violento, simile a quello dato dall'occlusione. Non c'è peristalsi visibile e l'intestino è più collassato che disteso.

In tutte le coliche il dolore ha il medesimo tipo ed induce il paziente a muoversi, ed a contorcersi. Così che è importante sapere se il malato se ne sta tranquillo o si agita: nel primo caso si tratta di un'affezione infiammatoria, nel secondo di una colica.

Le *crisi tabetiche* sono caratterizzate da dolori di estrema violenza e da vomiti incoercibili. La temperatura, il polso rimangono normali. La diagnosi si fa in base all'esame neurologico e del liquido cefalo-rachidiano. Conviene tuttavia tenere presente che tavolta le crisi gastriche costituiscono uno dei sintomi iniziali della tabe, quando i riflessi non sono ancora alterati.

La *trombosi e l'embolia coronaria* provocano lo scoppio di una sindrome simile a quella delle più violente affezioni addominali acute: dolore nella parte superiore dell'addome, polso rapido, collasso e vomito. Lo stato generale del paziente, l'estrema sua debolezza depongono per l'accidente coronario.

Il *pneumotorace spontaneo* rassomiglia sintomatologicamente all'ulcera perforata, e come in questa il dolore è localizzato nella parte superiore dell'addome ed è molto forte.

L'esame del torace consente di fare la diagnosi esatta.

L'*appendicite acuta* è la più frequente affezione addominale di natura infiammatoria. Il sintoma caratteristico è costituito dal dolore alla pressione sull'appendice, ma conviene ricordare che questa può essere situata più in alto o più in basso della sua posizione normale, ed essere palpata solo dal retto. Oltre a ciò v'è dolore spontaneo, più o meno localizzato, vomito e febbre, quantunque questa possa anche mancare. Altro segno caratteristico è la rigidi-

tà muscolare locale. Nei vecchi e negli obesi la rigidità ed il dolore alla pressione sono meno evidenti, e talvolta anche l'ipertermia e l'alterazione del polso. Conviene anche tener presente che in questi individui le sindromi addominali acute hanno sempre una gravità maggiore di quella che appare.

La *colecistite acuta* provoca vomito e dolore intensi, notevole ipertermia e tachicardia. Di solito la cistifellea si palpa dura e dolente.

Nella *pancreatite acuta* la fenomenologia è molto imponente: febbre alta, tachicardia notevole, meteorismo e rigidità in corrispondenza del pancreas. La sintomatologia è spesso simile a quella dell'occlusione intestinale.

Segni caratteristici sono il colore livido, bluastro del paziente, la reazione diastasica, la reazione pupillare di Loewi.

La *salpingite acuta* nelle donne giovani può somigliare molto all'appendicite. In ambedue c'è dolore alla pressione e rigidità muscolare, ipertermia e tachicardia. Però nella salpingite ci sono di solito precedenti di mestruazioni irregolari e profuse, di urinazione bruciante. La lingua è pulita. Comunque in caso dubbio è indispensabile l'esame ginecologico.

Nell'*occlusione intestinale* il vomito ed il dolore sono insistenti. Di solito non c'è rigidità muscolare ed il dolore alla pressione è diffuso su tutto l'addome. Un segno caratteristico è costituito dalla peristalsi visibile.

L'*ernia strozzata* è dolente, dura, irriducibile, senza impulso.

Il *volvulo* è caratterizzato dall'enorme distensione del colon.

La sintomatologia dell'*intussuscezione* somiglia a quella dell'enterite e della porpora di Henoch. Ma la palpazione della massa caratteristica toglie ogni dubbio.

La *perforazione di un'ulcera gastrica o duodenale* è caratterizzata dalla manifestazione improvvisa e dall'intenso dolore urente. Il paziente è in istato di collasso col polso debolissimo. L'addome è teso e dolente, i muscoli sono duri e contrasti. Alla percussione il suono timpanico indica la presenza di gas nella cavità addominale.

La *rottura di una gestazione ectopica*, che di solito si verifica al secondo o terzo mese di gravidanza, provoca un'emorragia interna con un quadro sintomatologico simile a quello delle sindromi addominali acute. La condizione si inizia con un dolore violento improvviso, collasso, pallore intenso, irrequietezza, polso progressivamente sempre più debole. Manca la rigidità ed il dolore è diffuso per tutto l'addome.

La *torsione delle cisti ovariche* può spesso essere scambiata con un ascesso appendicolare. Ma questo di solito si sviluppa a poco a poco, quando i sintomi generali sono già in atto, mentre il tumore della cisti è presente fino dal primo momento. E mentre l'ascesso appendicolare alla palpazione appare ruvido, duro, non spostabile per aderenze, la cisti è levigata, più o meno sferica, mobilissima.

DR.

Le indicazioni operatorie nella sindrome addominale acuta nel corso della porpora.

(SÉNÈQUE e GOSSET. *Presse Méd.*, 14 dic. 1932).

Nel corso della porpora emorragica sono relativamente frequenti delle sindromi addominali acute che dànno adito a molta incertezza sia per ciò che riguarda la diagnosi sia per quanto riguarda la indicazione operatoria.

Per ben comprendere la loro insorgenza occorre tener presente che contemporaneamente o consecutivamente o precedendo l'eruzione cutanea, la porpora si manifesta egualmente a livello dell'intestino, sia sotto forma di macchie disseminate sotto il peritoneo parietale, la sottosierosa intestinale, la mucosa, sia sotto forma di veri ematomi confluenti.

Come le macchie cutanee le macchie intestinali possono subìre una evoluzione necrotica e far capo ad una perforazione. L'ematoma confluente può palparsi dall'esterno e dar luogo ad una confusione diagnostica con una invaginazione, oppure essere esso stesso il punto di partenza di una invaginazione che lungi dall'avere la tendenza a ridursi se non si interviene a tempo può portare ad una perforazione.

Non solo ma per rendere più difficile il compito diagnostico si deve tener presente che la manifestazione addominale può essere solo estrinsecazione di una porpora emorragica. Si tratta allora della porpora addominale della quale se ne conoscono nove casi, pubblicati in questi ultimi anni.

La sindrome è costituita da tre sintomi fondamentali: dolori, vomiti e melena. Con opportuno discernimento e mettendo i sintomi in rapporto con i fatti anatomo-patologici si possono distinguere quattro tipi:

1) Una sindrome addominale dolorosa tipica non complicata. In un ammalato in cui esistono i sintomi di una porpora emorragica in atto, dolori articolari, eruzione emorragica; compaiono un giorno improvvisamente dei dolori addominali a tipo colico, talora intensissimi che aumentano sempre più mentre intanto si stabilisce il vomito dapprima alimentare, poi biliare, in seguito talora porraceo, o con qualche striatura di sangue. Contemporaneamente il malato va di corpo dapprima solido, in seguito mucosità miste a sangue talora della vera melena.

L'esame fisico dell'addome non rivela niente di caratteristico. Appena un po' di dolore provocato con la palpazione nella regione periombellicale o nella fossa iliaca destra. Febbre a 38°; polso intorno a 100. Assai spesso iperleucocitosi con polinucleosi. Con dieta opportuna oppio, borsa di ghiaccio tutto scompare. Se-

nonchè nei giorni seguenti la recidiva è la regola e sono stati osservati fino a 5, 6, 10 attacchi di questo genere dopodichè la malattia evolveva spontaneamente verso la guarigione. Tenendo conto di questi sintomi la diagnosi sembrerebbe non prestarsi ad errore. Ma spesso la eruzione emorragica che potrebbe metterci sulla strada è trascurata o non può essere messa in evidenza perchè o è già scomparsa o non è ancora avvenuta, onde errore diagnostico spesso con una appendicite o con una invaginazione ed operazione d'urgenza. 16 interventi furono fatti con diagnosi errata e nei quali, meno in uno in cui fu fatta una ileostomia, l'intervento si limitò ad una semplice esplorazione lasciando incerti sul contegno da tenere anche ad addome aperto. 4 di questi ammalati operati morirono ed uno certamente per l'aggravarsi della porpora stessa, degli altri tre non fu fatta autopsia. Non potrebbero in questi essere peggiorate le lesioni addominali? Non si sarebbe ottenuto qualche vantaggio in caso di qualche ematoma troppo accentuato a praticare una resezione, una esteriorizzazione, una anastomosi?

II) Sindrome addominale dolorosa e porpora peritoneale di tipo appendicolare. 10 volte si è intervenuti con questo errore senza che mai l'intervento abbia provocato aggravamento del decorso della porpora. Ma si è veramente sbagliato oppure si trattava di appendiciti purpuriche? Le piccole petecchie riscontrate sull'appendice non sembrano giustificare questa diagnosi.

III) Sindrome addominale dolorosa purpurica e invaginazione intestinale. Basta pensare alla triade sintomatica fondamentale della porpora addominale, e alla possibilità che un ematoma sia percettibile alla palpazione per comprendere quanto questo errore sia facile. 18 volte si palpava un tumore addominale sui 145 casi esaminati. *18* volte si è intervenuti. In soli 8 casi si è riscontrata invaginazione. Neppure l'esame radioscopico col clistere di bario può essere di sicuro accertamento perchè spesso la invaginazione è ileale.

IV) Sindrome addominale dolorosa acuta, purpurica e perforazione intestinale. Su 145 casi 8 ammalati muoiono di perforazione di un ematoma nel corso di una porpora addominale. Un solo caso di perforazione del tenue curato con resezione è il solo guarito.

Riassumendo la statistica stabilita dagli AA. Su 145 casi, 105 certamente benigni, non sono stati operati con 13 morti, ossia il 12,1 di mortalità. 40 casi fra i quali 15 fra invaginazioni e perforazioni sono stati operati con 10 morti, ossia il 20 % di mortalità.

Concludendo questi elementi non permettono fino ad ora di trarre dati sicuri sia per quanto riguarda la diagnosi, sia per quanto riguarda l'indicazione operatoria nei casi di porpora emorragica addominale. B. Paggi.

MEDICINA DEL LAVORO.

Su la patogenesi della silicosi polmonare. Modo di formazione del nodulo silicotico.

(A. Policard. *Presse Médic.*, 18 gennaio 1933).

Il problema patologico delle pneumoconiosi si compendia nel bilancio tra la quantità di polvere respirata e quella eliminata dai bronchi o dalle vie linfatiche. Se l'inalazione è forte — per la grande proporzione di particelle nell'atmosfera, o per la lunga durata dell'inalazione — e l'eliminazione scarsa, vi sarà accumulo delle particelle con lesioni consecutive. Queste lesioni saranno tanto più intense quanto minori saranno state le reazioni irritative.

Ora, per la loro estrema finezza le particelle silicee non irritano i bronchi, e vengono perciò respinte senza eccessivo fastidio. Solo una piccola parte viene ad aderire al muco bronchiale e quindi eliminata, mentre la maggior parte giunge fino agli alveoli. Quivi le particelle vengono rapidamente inglobate dai fagociti che diventano allora le cosidette « cellule da polvere ». A contatto dei succhi tissulari, la silice anidra viene trasformata in silice colloidale solubile, la quale altera il protoplasma cellulare, perciò le « cellule da polvere » appaiono morte, come pietrificate, incapaci di autolisi. Queste cellule mummificate si eliminano molto scarsamente colla linfa e accumulandosi, formano dei tappi che bloccano le vie linfatiche.

L'eliminazione delle particelle silicee, tanto bronchiale che linfatica, è dunque minima, e se d'altra parte l'inalazione è notevole, si comprende che l'entità delle lesioni consecutive, sarà rilevante.

Le cellule cariche di particelle silicee hanno tendenza ad accumularsi negli alveoli e ad agglutinarsi, formando a poco a poco degli ammassi, i quali, irritando i setti interalveolari, provocano la proliferazione degli elementi connettivali mononucleati (istiociti). Questi penetrano nell'ammasso di « cellule da polvere » e vanno a formare il granuloma siliceo, il quale subisce un'evoluzione sclerotica e a poco a poco si costituisce il nodulo silicotico polmonare.

I noduli silicotici risultano dunque dalla sclerosi dei granulomi silicei.

Lo sviluppo della silicosi è favorito dal blocco delle vie linfatiche, ostruite dagli ammassi di « cellule da polvere » silicea mummificate. Alla stasi linfatica segue la sclerosi perilinfatica, e le vie linfatiche essendo sopratutto peribronchiali e perivascolari, la sclerosi si propaga alla periavventizia dei bronchi e dei vasi determinando l'aspetto reticolato dell'immagine radiografica del polmone.

Nello sviluppo della silicosi polmonare e nella formazione dei noduli interviene indubbiamente un fattore individuale, poichè vi sono dei soggetti che pur sottoposti a intense cari-

che silicee non presentano alcun sintomo di silicosi polmonare, anche dopo anni di inalazioni.

Questo fattore predisponente, secondo l'ipotesi più generalmente ammessa, sarebbe rappresentato dall'impregnazione tubercolare. Per la maggior parte degli autori i noduli silicotici non sarebbero se non delle sclerosi di origine tubercolare sviluppate intorno ad ammassi di polveri silicee. Le cellule alterate dalla silice costituiscono un buon terreno di coltura per il b. di Koch. Sperimentalmente il risveglio della tubercolosi per mezzo delle polveri silicee si produce nel 73 % dei casi.

La silice avrebbe sulla tubercolosi una duplice azione: ne favorisce lo sviluppo, ma le imprime anche un'evoluzione sclerosa, che dal punto di vista clinico, rappresenta la guarigione.

La silicosi sarebbe una tubercolosi polmonare divenuta fibrosa sotto l'influenza e a livello delle particelle silicee.

Il nodulo silicotico sarebbe dunque una lesione bacillare sviluppatasi a livello di un ammasso di polvere silicea e divenuta fibrosa sotto la sua influenza. R. GARBINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

Précis de Pathologie Médicale (Maladie du sang et des horganes hématopoïetiques. Maladies des reins). Vol. V, III Edizione. Masson & C., Paris, 1932. Frs. 70.

La prima parte di questo volume, quella riguardante le malattie del sangue, è opera di E. Weil e M. Bloch, e gli AA. anche in questa nuova edizione, pur avendo mantenuto nella trattazione un carattere strettamente didattico, non hanno tralasciato alcuna delle conoscenze necessarie riguardanti il sangue e gli organi ematopoietici.

Lo studio delle varie malattie è preceduto da una rapida esposizione sulla fisiologia del sangue normale, sulla formazione degli elementi figurati nell'adulto, sulla istologia e fisiologia normale degli organi ematopoietici, nonchè la formazione embrionaria di tutti questi elementi. Indipendentemente dall'interesse teorico che offre lo studio del sangue di per se stesso, sono messe bene in evidenza le modificazioni patologiche del sangue in intima correlazione con le modificazioni patologiche degli organi.

A Pasteur Vallery-Radot invece è dovuta la II parte del volume, la Patologia Renale, che della medicina è forse la parte che in questi ultimi anni si è maggiormente trasformata. Medici e chimici hanno seguito infatti minuziosamente le modificazioni umorali nel corso del m. di Bright, e lo studio delle affezioni renali è stato orientato in un senso completamente nuovo dalle ricerche fisico-chimiche.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

In questa nuova edizione Pasteur Vallery-Radot ha cercato di coordinare i differenti lavori, sì da orientare meglio i clinici. In particolar modo nel capitolo delle nefriti, Egli, pur conservando la classificazione di Widal, espone i lavori recenti sulla patogenesi dell'edema e dell'ipertensione, sulla ritenzione clorurata secca, l'acidosi, l'ipocloremia, le nefrosi.

L'esplorazione delle funzioni renali occupa un intero capitolo, che mancava nelle precedenti edizioni.

Nel complesso quindi il volume riesce oltremodo interessante per chi voglia tenersi al corrente dei progressi più importanti della medicina realizzati in questa materia. A. P.

E. PERITI. *Le itterizie.* Vol. in-8° di pagg. 170. Casa Editrice Milani. Padova, 1933, L. 20.

In questo lavoro monografico l'A. espone in modo chiaro le questioni principali che riguardano la patologia e la clinica delle itterizie.

Diffusamente è trattata la parte fisiologica specie quella in rapporto con la funzione della cistifellea e con la biligenesi.

Costituiscono capitoli a sè: l'esame radiologico, il sondaggio duodenale e il sistema reticolo-endoteliale.

La parte speciale è dedicata alla Clinica e in tre capitoli principali: itteri da stasi, itteri emolitici e itteri tossici e infettivi, sono esposte le principali sindromi itteriche e con speciale diffusione l'A. tratta i sintomi e la diagnosi differenziale della calcolosi biliare, delle pancreatiti e dei tumori pancreatici.

Pure non schierandosi decisamente, l'A. si dimostra più favorevole alla teoria anepato-cellulare della biligenesi.

La dottrina e la pratica trovano in questa monografia armonico sviluppo ed essa può destare interesse tanto al medico pratico che a chi desideri conoscere in sintesi tutte le quistioni scientifiche, che nel campo delle itterizie hanno tanto appassionato la mente dei ricercatori.

A. P.

B. BUSSON. *Prophylaxe und Therapie der Infektionskrankheiten und Idiosynkrasien mit spezifischen und unspezifischen Mitteln.* Un vol. in-8°, di 237 pag. J. Springer, ed., Wien, 1932. Prezzo RM. 18,50.

Tema molto attraente questo della profilassi e terapia delle malattie infettive e delle idiosincrasie su cui si vengono continuamente apportando nuove osservazioni, nuovi fatti che in parte modificano le vecchie idee e lasciano intravedere nuovi orizzonti per la terapia.

L'A., che è direttore dell'Ufficio di controllo nell'Istituto Sieroterapico di Vienna, aveva già in una precedente pubblicazione del 1924 trattato in parte tale argomento che, in questa seconda edizione del tutto rinnovata esamina sistematicamente e con maggiore ampiezza, tenendo conto delle più recenti acquisizioni in materia.

Il volume è diviso in quattro parti: 1) vaccinazioni e batterioterapia con i vaccini; 2) sieroprofilassi e sieroterapia; 3) malattie idiosincrasiche e loro terapia; 4) terapia modificatrice ed aumento di resistenza come mezzi aspecifici; terapia aspecifica.

Di ogni metodo, vengono esaminati il modo di azione e gli effetti, accennando a tutte le applicazioni. Ma ormai, si può dire che la siero- e vaccino-terapia hanno dato tutto il possibile, mentre la maggiore attenzione si rivolge oggi alla terapia aspecifica, fra cui, p. es., la malarioterapia ha avuto così brillanti successi. È per questo che con grande interesse si legge il relativo capitolo nel libro dell'A., che di tutte le questioni trattate fa un'esposizione chiara e completa. *fil.*

H. SCHWAB. *Hygiène et diététique du diabétique.* Un vol. in-16°, di 128 pag. G. Doin, Paris, 1932. Prezzo: 12 fr.

Nel piccolo volume di Schwab, troviamo molte nozioni e molti consigli che riescono preziosi per guidare la vita del diabetico. Dapprima il trattamento dietetico, con e senza insulina, argomento della massima importanza trattato con sufficiente larghezza; poi le complicazioni e le malattie eventualmente associate, le cure idrominerali e l'igiene del diabetico; qualche indicazione sulle principali ricerche analitiche, sui possibili surrogati dello zucchero. Da ultimo parecchie ricette culinarie e molte tabelle sulla composizione dei vari alimenti.

Il libro ha un carattere eminentemente pratico, dà consigli ed indirizzi terapeutici precisi e risponde a molte questioni riguardanti il diabetico, che spesso il medico si propone e alle quali non sempre può dare facilmente un'adeguata risposta. In tutto, l'A. mantiene il *giusto mezzo*, alieno dalle esagerazioni, che sono sempre contrarie al buon senso e nocive allo stesso paziente. *fil.*

R. RIVOIRE. *Les acquisitions nouvelles de l'endocrinologie.* Vol. in-8° di pagg. 180. Masson & C., Paris, 1932. Frs. 26.

Le ricerche sperimentali e cliniche nel campo dell'endocrinologia sono state in questi ultimi anni così numerose e così fruttuose di insegnamenti, che molte nozioni anche ormai classiche sulla fisiologia e sulla patologia delle ghiandole endocrine hanno conseguentemente dovuto subire interpretazioni in parte o in tutto diverse.

La conoscenza esatta delle proprietà fisiologiche degli ormoni ha permesso infatti di intravvedere il quadro clinico che sarebbe capace di realizzare l'ipofunzione o l'iperfunzione dell'organo secretore e così tracciata la via alle ricerche cliniche nuove sindromi endocrine sono state potute individualizzare.

Particolarmente importanti sono le sindromi di iperfunzionamento da adenoma ed ogni medico pratico deve conoscerne la loro sintomatologia, perchè tali malati guariscono con l'asportazione chirurgica precoce del tumore ghiandolare causale.

Contemporaneamente in virtù dei progressi realizzati nella preparazione degli ormoni, l'opoterapia si è perfezionata, sì che presentemente si hanno sostanze chimicamente ben definite, ad azione costante, anche a dosi infinitesimali.

La rapidità di evoluzione di questi studi non è però facile ad essere seguita, data la numerosissima letteratura che in ogni paese si va producendo. Questo volume con l'aver riassunto in poche pagine tutti i progressi realizzati recentemente nel dominio dell'endocrinologia, rappresenta quindi senza dubbio quanto di meglio può essere desiderato da chi intenda essere posto a giorno in argomento.

A. POZZI.

G. DREYFUS-SÉE. *Les stérols irradiés en thérapeutique.* J. B. Baillière, Paris, 1933. Frs. 6.

Tutto quanto si sa sugli steroli, è riassunto nelle intenzioni dell'autore, in questo fascicolo di una cinquantina di pagine, cui è data però parte prevalente allo studio pratico degli steroli stessi come efficace mezzo terapeutico.

La materia è trattata dall'A. secondo l'ordine seguente: dopo brevi cenni storici, seguono alcune notizie sulla natura del principio antirachitico, notizie schematiche, in cui sono raccolti soltanto i dati essenziali e che portano l'autore a concludere, che la sostanza attiva è una impurità legata al colesterolo.

Non sono citate dall'autore le recenti ricerche di Windaus e altri (1931) che avrebbero condotto all'isolamento della vitamina D pura, in cristalli (calciferolo).

Successivamente l'A. si occupa delle modalità del controllo biologico dell'ergosterolo irradiato, e del problema del rachitismo sperimentale.

Segue una descrizione dei vari mezzi di somministrazione della vitamina D, ed un cenno sulla sua azione nell'organismo, cenno fugace e poco adatto a dare al lettore qualche chiara nozione in proposito.

Viene poi la parte essenziale del lavoro e cioè l'esposizione delle indicazioni cliniche per una terapia a base di steroli.

L'A. cita a questo proposito il rachitismo, nelle sue varie manifestazioni infantili e tardive; le alterazioni dentarie; la gravidanza; la spasmofilia; l'osteomalacia ed altre forme morbose, in cui forse l'esperienza dell'uso terapeutico di steroli non è ancora talmente completa, da permettere di trarne delle conclusioni affermative o negative.

Tali l'anemia perniciosa e le sindromi emorragiche, tali le ulcere torpide in generale. Così l'A. afferma che nulla si può ancor dire sul-

l'uso degli steroli nella terapia della tubercolosi.

Seguono brevi notizie sull'azione tossica degli steroli, che l'A. ritiene essere facilmente evitabile con una opportuna posologia e non tale da far limitare l'uso terapeutico di tali preparati.

Chiude il lavoro un riassunto delle dosi terapeutiche dell'olio di fegato di merluzzo e dell'ergosterolo irradiato da prescriversi nelle varie forme morbose citate sopra.

M. COPPO.

A. FERRANNINI. *Medicina italica.* Un vol. in-8° di 174 pag. Edito a cura della Riv. di Terapia moderna e di med. pratica, Milano. Prezzo lire 15.

È ben nota la bella iniziativa del prof. P. Piccinini che, nel 1928, indisse un concorso nazionale per lavori e studi sulle rivendicazioni scientifiche mediche italiane e, nel 1931, un Congresso sull'argomento. Dal molto materiale presentato in tali occasioni e da quello personalmente raccolto, il prof. A. Ferrannini ha tratto questo libro, che è tutto un omaggio alla genialità italiana, dai vecchi medici crotoniati ai più moderni dell'oggi. Nei 46 capitoli, è illustrato il valido contributo che il pensiero e l'osservazione dei nostri connazionali hanno portato nei vari campi della scienza medica, dall'anatomia alla clinica, dal laboratorio alla medicina sociale e tutto con equanimità di giudizio, come si può rilevare a proposito del morbo di Flaiani-Basedow in cui è messa in giusta luce la parte che ebbero i due scienziati nell'isolare questa entità clinica.

Un'osservazione. Il Sanarelli, a proposito della tubercolosi, ha fatto qualche cosa di più che estendere nel campo della tubercolosi « la differenza fra morbilità e mortalità ». Ha impostato il problema essenzialmente sull'eredo-immunità tubercolare quando non si parlava che di eredo-disposizione ed ha dato tutto un nuovo orientamento alla profilassi. Il paradosso di ieri costituisce oggi un'idea che tutti accettano senza por mente a chi ne fu il geniale assertore.

Il libro si vende a totale beneficio degli orfani dei medici caduti in guerra. Chi lo acquista, oltre a dotare la propria biblioteca di un libro che è motivo di soddisfazione per ogni italiano, compie anche un'opera benefica. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 25 febbraio 1933.

Presidente: S. BAGLIONI.

Osservazioni cliniche sull'atrofia muscolare progressiva.

Prof. GINO MELDOLESI. — L'O. ha studiato 16 casi di atrofia muscolare progressiva. In essi l'esame sistematico della muscolatura striata, secondo il sistema da lui proposto in precedenti ricerche, ha dato una concordanza di tipici reperti. L'esame del metabolismo basale, della sella turcica, della tolleranza agli idrati di carbonio, della sensibilità adrenalinica, del R.O.C. non hanno portato a rivelare particolari comportamenti. L'esame cronassimetrico della muscolatura ha dimostrato costantemente reazione miopatica tipica nei muscoli estensori sia del tronco che degli arti, anche in casi nei quali questi non apparivano clinicamente alterati. Tali alterazioni si riscontrarono anche in parenti e in consanguinei apparentemente sani, sia nei casi tipicamente famigliari, che in quelli di a. m. p. apparentemente isolati. Questo fatto dà valore al carattere di famigliarità nei casi di a. m. p. L'O. interpreta tali reperti cronassimetrici, come segni di una labilità costituzionale famigliare della muscolatura, predisponente all'insorgere del processo.

Modificazioni dell'immagine radiologica della vena azygos negli scompensi in circolo.

Proff. GASTONE e GINO MELDOLESI. — Gli OO. hanno studiato le variazioni di forma e di ampiezza dell'ombra radiologica della vena azygos nelle diverse condizioni funzionali del circolo e hanno potuto mettere in evidenza variazioni notevoli di essa negli stati di scompenso con ipertensione venosa di origine centrale (cardiaca): l'ombra della v. azygos appare invece non alterata nei casi dove la ipertensione venosa vede la sua origine in condizioni funzionali a sede periferica.

Avitaminosi B e maltina nei piccioni e nei ratti albini.

Prof. A. GALAMINI. — L'O. ha somministrato a ratti in accrescimento una dieta contenente lievito di birra come sorgente del fattore B. I ratti non crescevano, perchè il lievito era privo del fattore B 4. Nel ratto controllo che cresceva, la deficienza era probabilmente colmata per opera della flora batterica intestinale. La maltina Merk completava il lievito di birra per i ratti e impediva le manifestazioni beriberiche nei piccioni, ma non la perdita di peso e la morte. Essa conteneva i fattori B 1 e B 4: era priva del fattore B 5: conteneva inoltre un altro fattore da meglio identificare.

Il beri-beri sperimentale in rapporto alla qualità dell'alimento elaborato.

Dott. A. BAGLIONI. — L'O. riferisce i risultati di sue ricerche eseguite su colombi alimentati con diete prive di fattore B e costituite, oltre che dal riso brillato, da soli carboidrati (amido di riso), da sole proteine (caseina, albume di uovo, gelatina), da soli grassi (burro di latte) e da diete variamente combinate con le suddette sostanze, in diverse proporzioni.

Adottando criteri opportuni (metodo del quoziente beriberico di G. Amantea) giunge a con-

cludere, che diete ricche di carboidrati favoriscono l'insorgere del beri-beri sperimentale, il quale, però, compare egualmente anche con diete esclusive di proteine e di grassi. Pertanto, anzichè parlare di un'azione protettiva esercitata dai protidi e dai lipidi, nei riguardi del beri-beri sperimentale, si devono ammettere gradi e modalità di comportamento diverso del fattore B, a seconda che si utilizzino alimentazioni esclusive o di carboidrati o di grassi o di sostanze proteiche.

Discussione: prof. G. AMANTEA.

Contributo alla conoscenza della colecistite incrostata (cistifellea di porcellana).

Dott. N. MOLINARI. — L'O. riferisce di un caso di colecistite incrostata, e, in base al reperto anatomico, ritiene di poter concludere che la calcificazione parietale della colecisti sia dovuta a processo flogistico cronico ed emorragico intraparietale.

Sulla reazione di Kahn.

Prof. E. TRENTI. — L'O. dal confronto dei risultati ottenuti con la reazione di Wassermann e con la reazione di Kahn, sia coi sieri non sottoposti ad alcun trattamento, sia con sieri filtrati per membrana di collodio, ritiene che il fondamento delle due reazioni non sia identico, che la reazione di Kahn non possa sostituire quella di Wassermann, ma che debbano entrambe le reazioni essere contemporaneamente impiegate.

Discussione: prof. GIUDICEANDREA.

Il Segretario: G. AMANTEA.

Società Lombarda di Medicina.

Seduta del 7 aprile 1933.

Risultati a distanza della tonsillectomia in alcune affezioni della medicina interna.

A. ARRIGONI, C. COSSALI e W. ORTHMANN. — Gli OO. in base alla accurata disamina dei risultati da loro conseguiti ed agli elementi critici esposti sono di avviso che la tonsillectomia possa trovare la sua indicazione nella cura delle affezioni reumatiche; però non intendono con ciò affermare che essa rappresenti una terapia di elezione. È certo però che di fronte ai casi ribelli alla terapia specifica la tonsillectomia può ancora essere eseguita con qualche speranza di successo. Nonostante i risultati quasi sempre negativi dagli OO. osservati nel trattamento delle forme nefritiche, esprimono ancora l'opinione che la tonsillectomia debba essere praticata in queste forme semprechè si tratti di affezioni acute o subacute.

Trombosi autoctona della vena ascellare.

C. SALARIS. — Dopo avere esposto e discusso ampiamente un caso di questa rara affezione capitata alla sua osservazione, l'O. giunge alle seguenti conclusioni: per lo stabilirsi dell'entità morbosa in questione sono necessari: *a*) un fattore diatesico, rappresentato da una particolare disposizione individuale alla coagulabilità abnorme del sangue, come starebbero a dimostrarlo la estrema rarità della malattia ed i reperti ottenuti nello studio del suo caso; *b*) una lesione anche minima degli endoteli della vena ascellare e vasi affluenti il che potrebbe spiegare la esclusiva localizzazione del processo morboso in questa sede; *c*) uno sforzo, inteso in senso lato, che rappresenterebbe la causa occasionale nelle determinazioni della trombosi stessa.

La prova del rosa bengala nei cardiopazienti.

G. ROCCHINI. — Le ricerche condotte dimostrano come nella grande maggioranza degli individui affetti da cardiopatie esiste una lesione delle capacità funzionali del fegato. Degna di particolare rilievo appare la possibilità di mettere in evidenza tale minorata funzionalità epatica in condizione di perfetto compenso circolatorio ed in casi di lesione valvolare relativamente recente o decorsa inavvertita. La constatazione di tale minorata attività funzionale di un organo tanto importante nell'economia dell'organismo, dimostra infatti come, anche là dove nulla farebbe sospettare clinicamente l'esistenza di lesioni viscerali extracardiache, si vadano progressivamente creando, in conseguenza della insufficienza valvolare, delle condizioni di alterato ricambio che possono intervenire in tempi successivi come elementi concausali nella evoluzione del disturbo circolatorio e nella genesi dello scompenso di circolo.

Infarto del miocardio e sintomatologia addominale.

M. CALABRESI. — In questa interessante comunicazione l'O. descrive un caso di infarto del miocardio capitato alla sua osservazione e nel quale l'atipia della sintomatologia era costituita da un quadro nettamente addominale simulante un addome acuto sul tipo della perforazione gastro-duodenale da ulcera o della pancreatite acuta. L'accurato rilievo della sintomatologia e la discussione di essa portò alla giusta diagnosi confermata dal reperto autoptico. Nella discussione riporta anche un caso di trombosi dell'arteria mesenterica dove uno stato anginoso tipico esistente da tempo poteva far pensare alla possibilità di un infarto del miocardio, mentre il decorso e la sintomatologia orientarono il medico verso l'esatto criterio diagnostico.

Il Segretario: Dr. R. SCOTTI DOUGLAS.

Società Medico-Chirurgica Veneziana.

Seduta del 20 e 27 marzo 1933.

Presidenza: prof. G B. FIOCCO.

Prof. PIERI. — *Oligodendroma del lobo frontale.*

Sui polipi del cuore.

Prof. A. FABBRIS. — L'O. prende lo spunto dalla dimostrazione di due casi presso che identici di pseudomixomi peduncolati dell'atrio sinistro del cuore per richiamare l'attenzione sulla monotipia dei cosidetti tumori primitivi dell'endocardio, monotipia che si palesa nella sede, nella forma e nella struttura. Questo ripetersi di caratteri tipici induce a riconoscere una forma patologica ben individuata che l'O. propone di chiamare « polipo endocardico ». Per considerazioni patogenetiche e di istopatologia differenziale, nonchè per la presenza di gruppi cellulari analoghi ai neoformativi nell'endocardio dell'area sottoovalare di numerosi cuori sani a tale scopo esaminati, l'O. esclude che i polipi siano dei trombi in organizzazione e propende a considerarli come neoformazioni suscettibili di accrescersi per apposizione.

Prof. F. BRUNETTI. — *Laringectomie totali e parziali.*

Prof. A. CANTILENA. — *Contributo alla teoria unitaria zona-varicella.*

La resistenza capillare.

Dott. G. DALLA TORRE e R. DUSSO. — Gli OO. dallo studio di numeroso materiale concludono che la resistenza capillare varia non solo fra territori lontani, ma anche fra punti della cute vicinissimi; punti vicini a resistenza capillare eguale diversificano per il numero di petecchie ottenibili con eguale aspirazione. Influenzano la variazione della resistenza capillare lo spessore, la tensione e l'aderenza della cute ai piani sottostanti. Nella regione del gomito hanno visto che la resistenza capillare minima è in corrispondenza del punto di incrocio della linea di flessione con la linea mediana della faccia anteriore.

Ricostruzione di tre articolazioni anchilosate in un caso di spondilosi rizomeiica.

Prof. F. DELITALA. — L'O. presenta un caso di anchilosi estese alla colonna vertebrale, anche, ginocchia, a. tibio-tarsiche e dita con deformità delle anche e dei piedi; in tre anni distanziando gli interventi ha praticato l'artroplastica delle anche e di un ginocchio e ha corretto il cattivo atteggiamento dei piedi e delle dita. Il paziente oggi flette, estende, adduce, abduce, ruota le cosce sul bacino; sta seduto, si muove, sta in piedi per ore senza dolore; il ginocchio si flette e si estende per 50°.

Contributo alla patogenesi delle idronefrosi remittenti.

Prof. G. FORNI. — L'O. illustra cinque casi di idronefrosi remittenti da lui osservati e studiati nella clinica di Bologna e in cui fu riscontrata un'anomalia del peduncolo vascolare; prende spunto da questi per trattare della patogenesi di tali forme e per riaffermare l'importanza dell'esame pielografico.

Dott. G. PLACITELLI. — *Contributo alla conoscenza dei tumori primitivi dell'intestino tenue.*

La radioterapia dell'idrosadenite.

Dott. E. BIDOLI. — L'O. dopo brevi dati storici riporta l'osservazione personale basata su 22 casi di idrosadenite trattati in tutti gli stadi di evoluzione del processo. I risultati ottenuti sono stati brillanti con al massimo 3 applicazioni di raggi Röntgen. La tecnica usata è quella press'a poco proposta dai vari AA.; le sedute distanziate di una diecina di giorni. L'O. conclude accennando alle opinioni emesse circa il meccanismo d'azione dei raggi X.

Rara associazione di sintomi in una cerebropatia infantile

Prof. L. MAGNI. — L'O. prendendo spunto da una bambina con rara sindrome nervosa interessante la sfera psichica, il sistema nervoso e muscolare, espone alcune considerazioni etiopatogenetiche sulle cerebropatie infantili congenite.

Il Segretario: Dott. A. VANNI.

Società Medico-Chirurgica Calabrese.

(Sezione Cosentina).

Seduta del 18 febbraio 1933.

Presidente: Prof. FALCONE.

Dott. SUMMARIA. — Descrive un caso interessante dal punto di vista diagnostico, poichè — mentre i dati clinici e le indagini relative facevano pensare ad un *ascesso epatico* — il decorso ulteriore fece rilevare trattarsi invece di una *pionefrosi destra.*

Sei casi d'invaginazione intestinale (rilievi diagnostici e patogenetici).

Dott. R. RODOTÀ. — L'O. — dopo avere minutamente descritto sei casi d'invaginazione intestinale, sia dal punto di vista dell'andamento evolutivo della forma morbosa, sia nei riguardi del reperto operatorio — s'intrattiene, attraverso un largo corredo di cognizioni cliniche e di riferimenti bibliografici sull'argomento, a tracciare i quadri atipici della malattia nell'infanzia e nell'adulto, passando in rassegna tutte le forme morbose che possono mentirla e cercando di trarre criteri precisi di orientamento per una diagnosi ed un intervento precoci.

L'O. si diffonde a studiare ampiamente l'importante sindrome addominale dal punto di vista anatomo-patologico, facendo delle notevoli considerazioni di carattere patogenetico, e mettendo in rapporto i casi da lui descritti con la pericolite di Jackson.

Prof. MISASI. — Riferisce su *35 casi di atrofia e dimagramento infantile curati con l'insulina.* Fa un'ampia disamina dell'alterato ricambio degli atrofici, mettendo in rilievo il criterio del quoziente energetico e del metabolismo basale per la diagnosi di ritardato ricambio nell'atrofia infantile.

Consiglia nei dimagramenti da cause ignote e nell'atrofia la cura insulinica.

Riflessi e sviluppi della vaccinoterapia regionale.

Prof. SANTORO. — L'O. mette in luce i riflessi biologici che questo metodo di terapia ha avuto per la ginecologia contemporanea che, dal semplicismo semeiologico, è passata allo studio batteriologico più accurato di ogni singola forma morbosa.

Riportando una larga casistica, mette in rilievo le nuove applicazioni della V. R. nella profilassi e cura delle infezioni puerperali, nella profilassi chirurgica prima di ogni intervento ginecologico, laparatomico o vaginale, preconizzando per la V. R. l'uso degli autovaccini e dei vaccini lisizzati col metodo Caronia.

Infine, il dott. Lo PASSO tratta di un raro caso di mielite trasversa post-morbillosa, guarita senza postumi.

Il Segretario: dott. M. CARBONE.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La formazione dei calcoli di ossalati.

H. C. Gram (*Acta medica scandinava*, 1932, fasc. III-VI) ha studiato cinque generazioni di una famiglia in cui i calcoli urinari erano molto frequenti; all'analisi, tali calcoli risultarono composti di ossalato di calcio.

Il presentarsi di tali calcoli nella stessa famiglia indica che la disposizione alla loro formazione costituisce una dominante ereditaria, che però si presentava quasi esclusivamente nei maschi. L'A. non ritiene di poter generalizzare i risultati della sua osservazione, affermando che la formazione di calcoli esige sempre una disposizione ereditaria e che il tipo dell'ereditarietà — se esiste — sia sempre lo stesso.

Il suo studio comporta interessanti rilievi pratici.

La formazione dei calcoli (fatta astrazione del fattore ereditario) serabbe dovuta ai seguenti fattori:

1) eccesso delle sostanze che formano il calcolo;

2) mancanza o deficienza dei così detti colloidi protettivi, che tengono in soluzione le sostanze contenute nell'urina sovrasaturata;

3) precipitazione di sostanze organiche, che formano lo « scheletro » del calcolo.

Per quanto riguarda il primo fattore, l'urina va sempre considerata come sovrasaturata se la si considera come una semplice soluzione acquosa; non vi è, però, dubbio che il grado di saturazione ha una certa importanza.

4) Ai fattori sopra accennati, vanno aggiunti anche la ritenzione urinaria in vescica e gli aumenti periodici della concentrazione urinaria, che elevano la soprasaturazione. Queste due ultime condizioni, di per sè non portano alla formazione di calcoli.

L'analisi dei calcoli asportati con l'operazione od emessi spontaneamente è di grande importanza per decidere se si tratta dell'influenza della secrezione, ovvero della mancanza dei colloidi di protezione.

Nei 5 casi della famiglia osservata dall'A. si trattava sempre di calcoli di ossalato di calcio; soltanto in uno vi erano degli urati; se non si ammette l'azione di colloidi protettivi, si deve pensare ad un'ossaluria ereditaria, che non è dimostrabile.

D'altra parte, l'ossaluria temporanea endogena od alimentare non provoca probabilmente la formazione di calcoli. Se però esistono condizioni per cui l'urina è permanentemente o frequentemente sovrasaturata con sostanze adatte, vi è grande probabilità che coincidendo altre condizioni si abbia la formazione di un nucleo, il quale si rivelerà dopo anni di continua sovrapposizione delle dette sostanze.

Una condizione importante per determinare un'eccessiva concentrazione è data dalla scarsa introduzione di liquidi. In due casi dell'A., l'eliminazione di sabbia e di piccoli calcoli si ebbe dopo viaggi in treno ed in auto, d'estate, con scarsa o punta introduzione di liquidi. Una buona regola profilattica per gli individui appartenenti a famiglie soggette a calcoli è quindi quella di bere abbondantemente specialmente d'estate, in modo da avere sempre l'urina abbastanza diluita. *fil.*

Un caso di tumore renale con febbre come unico sintoma.

Einar Ljunggreen (*The British Journal of Urology*, settembre 1932) ricorda come sia stato Israel che per primo nel 1911 osservò che la febbre poteva essere sintoma di tumore renale, non solo ma che poteva anche rappresentare per molto tempo l'unico sintoma clinico manifesto di tumore renale. A tal uopo ricorda un caso personale in cui, pur mancando i tre sintomi cardinali (ematuria, dolore e tumefazione) ed essendo del tutto negativi l'esame delle urine e la cistoscopia, la presenza di una modica febbre che datava da più di tre mesi e l'aver constatato radiograficamente il rene sinistro ingrandito lo misero in sospetto indirizzandolo verso la diagnosi di sede della lesione e della probabile natura. Eseguite delle pielografie per via ascendente e per via endovenosa potè essere fatta la diagnosi di tumore renale a sinistra per cui si procedette alla nefrectomia.

Trattavasi di un ipernefroma del rene sinistro.

L'A., discussa l'importanza dei segni pielografici per la diagnosi di tumore renale si ferma a dire sulla genesi della febbre in detti casi riconoscendo vari fattori causali: pieliti, pielonefriti ecc. concomitanti. Nel caso riferito l'A,. non avendo potuto accertare la causa della febbre pensa possa essere stata determinata dal riassorbimento di prodotti tossici del tessuto tumorale. SCANDURRA.

Rottura traumatica del rene in un caso d'agenesia renale unilaterale.

E. Brattström (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. LXXI, f. I-VI) illustra un caso di rottura traumatica sottocutanea del rene S. con agenesia del rene D. e in cui praticò una nefrectomia immediata per l'emorragia minacciante. La p. morì in quarta giornata. L'A. fa rilevare che in queste lesioni che comportano un pericolo di morte per emorragia, il chirurgo è spesso costretto ad intervenire rapidamente senza avere il tempo di assicurarsi se esiste l'altro rene e se questo è ben funzionante. Consiglia inoltre, in caso di estese lesioni traumatiche del rene S., di esaminare sempre durante l'operazione la milza.

Secondo l'A. il caso da lui illustrato di lesione traumatica di un rene unico sarebbe il terzo della letteratura. G. GENTILE.

Sulla conoscenza dell'ureterocele.

J. Hellström (*Acta Chir. Scand.*, vol. LXXI) riferisce 7 casi di ureterocele, di cui uno di sua osservazione.

Quattro di questi casi si accompagnavano ad uretere doppio; cinque a calcolosi reno-ureterale, e sei ad infezione delle vie urinarie.

Nella maggioranza dei casi esisteva una dilatazione considerevole delle vie urinarie superiori ed in particolare dell'uretere.

L'A. porta degli argomenti a favore dell'ipotesi che l'ureterocele e la dilatazione a monte di questo, non siano dovuti solamente all'effetto meccanico esercitato dalla stenosi degli orifici vescicali ureterici, ma che stenosi, ureterocele e dilatazione ureterale siano tutte originate in un tempo per malformazione congenita.

La sintomatologia fu varia: disturbi cistopielici o ematuria, o dolori renali o vere coliche con emissione di calcoli.

La diagnosi si fece a mezzo della cistoscopia e della urografia discendente endovenosa che oltre all'ureterocele svelava lo stato di tutto il sistema urinario.

In 5 casi il trattamento usato fu la elettrocoagulazione endovescicale, mentre in 1 caso si procedette all'escissione dell'ureterocele per via soprapubica.

L'A. stima che l'impiego endovescicale dell'alta frequenza è il metodo di scelta. Questo trattamento ha liberato gli ammalati dai loro dolori ed ha causato l'espulsione dei calcoli ureterali, ma è riuscito soltanto in un caso a fare scomparire l'infezione delle vie urinarie.

In 3 casi ha visto comparire dopo l'elettrocoagulazione dell'ureterocele un netto reflusso vescico-ureterale. R. GRASSO.

Sulla poliuria notturna dei prostatici.

A. R. Elfving (*Acta Chir. Scand.*, vol. LXXI) ricorda come la nicturia, nel periodo della ritenzione, è espressione di una poliuria di compenso, secondaria al basso potere di concentrazione del rene.

Ma prima del periodo delle distensione o del residuo vescicale, vi è spesso poliuria notturna e questa riconosce altre cause.

Può esser riflessa, per azione eccitante sulla funzione renale, da parte del tumore prostatico; può dipendere dal miglioramento del circolo venoso renale, per il decubito orizzontale ed il sonno. R. GRASSO.

Su un caso di ureterorrafia con risultato ottimo controllato dopo 25 anni.

W. Forssell (*Act. Chir. Scand.*, vol. LXXI) ha ne 1907, sezionato, nel corso di una miomectomia dell'utero, l'uretere sinistro. L'ureterorrafia fu eseguita invaginando il moncone superiore nell'infezione (metodo Poggi-D'Antona-Mayo Robson), previa escissione della mucosa del tratto vescicale (modif. Noble). Il decorso post-operatorio fu regolare e non si ebbe fistola urinosa. Il cateterismo degli ureteri praticato il 26 agosto 1919 e l'esame delle urine il 19 agosto 1920 non dimostrarono alcuna differenza tra i due lati.

Una pielografia ascendente nei 1920 ed una urografia discendente all'uroselectan β nel 1932 non dimostrarono alcun ingrandimento nel rene sinistro, nè dilatazione del bacinetto e dell'uretere. Condizioni generali ottime.

R. GRASSO.

Il trattamento dietetico della pielite.

A. V. Knack (*Fortschritte der Therapie*, 1932, n. 15) consiglia la somministrazione di zucchero (250 g. per 4-8 giorni, poi 400) in tè (da 1 l. ad 1 e 1/2 od in succhi di frutta. In seguito, somministrazione di pappe, fino ad arrivare ad una dieta di carboidrati ipoclorurata e da questa alla dieta di risparmio delle nefriti ipoproteica ed ipoclorurata.

In questo modo si sono avute guarigioni della pielite senza uso di medicamenti; il trattamento viene abbreviato di 3-4 giorni. I risultati sono stati ottenuti sopra un largo materiale di 383 casi.

A quanto sembra la frequenza delle pieliti è aumentata in questi ultimi anni. L'A. rileva l'importanza della diagnosi differenziale dalla glomerulo-nefrite, da farsi non soltanto con l'esame della pressione e le ricerche chimiche sul sangue, ma anche con la prova della funzionalità renale. *fil.*

Tentativi di cura delle colibacillurie.

A. Cassuto (*Riforma Medica*, n. 1, 1933), riferendosi a ricerche precedenti, con le quali aveva dimostrato che l'uso dell'urotropina, per via endovenosa, da sè sola non era sufficiente per la cura delle colibacillurie, propone in tali casi la somministrazione di piccole dosi di neosalvarsan, associandolo o non all'urotropina. A dimostrazione di ciò riferisce che avendo sottoposto tre gruppi di malati, gli uni al trattamento con sole iniezioni endovenose di urotropina, l'altro con iniezioni di neosalvarsan ed urotropina ed il terzo con sole iniezioni di neosalvarsan, gli ammalati che più ebbero a trarre rapido e valevole beneficio furono proprio quelli della terza serie. Le forme febbrili, con tale trattamento, cedono rapidamente. Al contrario risultati negativi ottenne sia con cure prolungate di vaccini per via orale ed intramuscolare sia con filtrati per instillazione alla Thompson Walker.

Si è servito in tali casi del neosalvarsan o del sulfarsenol per via endomuscolare, facendo una serie di 4 iniezioni da 6 ctg. e 3 o 4 di 12 ctg. alla distanza di 4-5 giorni l'una dall'altra. Questo trattamento curativo, a distanza di un mese, può essere ripetuto senza danno alcuno. A tale trattamento l'A. associò, quasi sempre, una cura di instillazioni calmanti in vescica o, se necessario, anche nella pelvi, a base di olio gomenolato o mugolio al 10-15 % o olio guaiacolato al 5 %.

Questo trattamento terapeutico, adottato nella cura delle pieliti e cistiti, certamente origi-

nate dal bacterium coli, l'esperienza ha dimostrato che è il metodo più rapido e di non dubbia efficacia. ADDESSI.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sull'ormone ematopoietico nell'anemia perniciosa.

Partendo dal presupposto, emesso da Sharp e Castle, che lo stomaco normale secerne una sostanza normalizzatrice della funzione ematopoietica, S. Morris, L. Schiff, H. Foulger, L. Rich, E. Sherman (*Brit. Med. Journ.*, 10 dicembre 1932) sono riusciti ad ottenere, concentrando colla distillazione nel vuoto del succo gastrico normale, una sostanza, che, somministrata con iniezioni endomuscolari, si è dimostrata molto efficace nella cura dell'anemia perniciosa. Questa sostanza si può ottenere dai succhi gastrici di animali omnivori, carnivori ed erbivori. I risultati ottenuti presentano diversi punti di rilievo: la piccola quantità del materiale iniettato; la lunga durata della reticulocitosi e la sufficienza di una sola iniezione. A tale sostanza, gli AA. hanno dato il nome di *Addisina*. E. CARLINFANTI.

La leucemia da benzolo nell'uomo e nel topo bianco.

Mentre è universalmente noto che il benzolo esercita un'azione leucocitolitica cosicchè lo si è proposto da tempo per la cura delle leucemie, a molti riuscirà nuovo il sapere che O. Lignac (*Klin. Woch.*, 3-1933) ha potuto indurre in alcuni topi bianchi un quadro ematologicamente e istologicamente identificabile per leucemia, mediante l'iniezione settimanale di piccole quantità di benzolo (0,001 cc. di benzolo in 0,1 cc. di olio d'oliva).

Questi risultati — che l'A. si ripromette di riprendere ed estendere — hanno grande interesse non soltanto per le possibilità che aprono di riprodurre una leucemia per via sperimentale ma anche perchè rivelano un nuovo pericolo a cui sono esposti i lavoratori del benzolo. V. SERRA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Tossicità dell'alluminio. — Al dott. M. P. da R.:

È oltremodo improbabile che l'alluminio degli utensili e delle stoviglie da cucina, passando nei cibi, sia dannoso. L'alluminio rappresenta uno degli elementi più diffusi in natura (per es. l'argilla è idrosilicato d'allumina idrato); quasi tutti i cibi ne contengono in condizioni naturali; per es. Lehmann ne ha trovato 2.48 mg. per ogni kg. di pomidoro crudi; tenendo gli stessi pomidoro per 18 ore in una pentola d'alluminio con cmc. 20 di acido acetico e g. 20 di cloruro sodico, i quali facilitano la soluzione del metallo, il contenuto di questo aumenta a mg. 2.60, cioè appena di mg. 0.12. Non vi è dunque alcun motivo plausibile per dare l'ostracismo ai recipienti ed alle posate d'alluminio. A. P.

VARIA.

Lesioni elettrogalvaniche della cavità orale prodotte da denti metallici.

Everett S. Lain (*Journ. of the Americ. Med. Associat.*, 11 marzo 1933) riferisce su 300 casi studiati. Esperimenti ripetuti hanno dimostrato che la saliva umana, acida, alcalina o neutra, è un ottimo elettrolite, attraverso il quale gli elettroni metallici circolano liberamente da un'elettropotenzialità più alta ad una più bassa. Nella bocca che contiene apparecchi di protesi si costituisce una vera batteria galvanica e gli scambi continui di elettroni possono, dopo un certo tempo, rendersi manifesti con alterazioni subiettive ed obbiettive.

Obbiettivamente si può avere decolorazione, erosione, disintegrazione delle piombature e delle corone e uno spostamento degli apparecchi di protesi, e inoltre stomatite acuta o cronica, erosioni e ulcerazioni della mucosa orale. Si possono anche formare delle leucoplachie e a volte anche pigmentazione metallica delle membrane mucose.

Subiettivamente: sapore metallico o salato, sensazione di bruciore ai margini e alla punta della lingua, senso di secchezza alla gola. Nell'80 % dei casi c'è aumento della salivazione.

Se ci sono due apparecchi di protesi di metalli diversi che vengono a contatto fra loro, si ha nevralgia o anche uno shock elettrico. I cementi che contengono percentuale elevata di zinco sono elettropositivi riguardo all'oro e possono dare disturbi.

Pochi dei sintomi subiettivi sono continui, ma a volte persistono dando « nervosismo », stomatite, indigestioni, perdita di peso. In alcuni casi si possono anche avere alterazioni del sangue, e dei reni e leucoplachie che possono diventare maligne.

Prima di diagnosticare queste lesioni elettrogalvaniche bisogna poter escludere le anemie, la lues, il lichen planus, il lupus.

L'intensità della corrente elettrica e i suoi pericoli dipendono dalla superficie totale o dal volume dei metalli dissimili, da variazioni chimiche della saliva, dalla resistenza dei tessuti, dalla distanza fra gli apparecchi di protesi, dalla durata di permanenza della protesi in bocca, dalla posizione relativa dei due metalli.

Le resistenze elettriche trovate dall'autore sono state di 10-30 ohms.

Dopo una rapida rassegna della letteratura in proposito, sono citati dettagliatamente alcuni casi.

La cura consiste nella rimozione degli apparecchi di protesi che devono essere sostituiti da altri con metalli di uguale elettropotenzialità (si ha così 56,1 % di guarigione completa, 32,8 % di miglioramento e 11,1 % di non miglioramento).

R. LUSENA.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

29° *Dottor P. M.* — La istituzione e l'esercizio di ambulatori e istituti di cura sono regolati dalla legge 23 giugno 1927 n. 1070 e dal decreto 6 dicembre 1928 n. 1312. Salvo quanto è disposto nel titolo III, capo II, del T. U., delle leggi di P. S., 6 novembre 1926.

L'interessato deve farne domanda corredata da dichiarazione scritta del medico che assumerà la direzione dell'istituto. Tale dichiarazione deve essere controfirmata dal richiedente e vidimata dal Podestà. Il Prefetto, sentito il medico provinciale e previ gli accertamenti del caso, provvede con decreto, il quale deve contenere le prescrizioni opportune. I contravventori a queste norme sono puniti con l'arresto fino a due mesi o con l'ammenda da L. 5000 a L. 10.000. Il Prefetto può inoltre ordinare la chiusura dell'ambulatorio, dell'istituto di cura, ecc.

La istituzione e l'esercizio di un armadio farmaceutico possono essere disposti dal Prefetto qualora ne accerti discrezionalmente la necessità e la utilità. In genere, la direzione dell'armadio è affidata al medico condotto.

30° *Dottor F. C.* — Il servizio interinale, seguito senza interruzione dalla nomina in base a concorso, è efficace, per espressa disposizione di legge, agli effetti del periodo di prova e della stabilità. Ma da questa regola non si può desumere che il servizio interinale sia valutabile anche agli effetti degli aumenti periodici. La disposizione limitata al periodo di prova, *per uno scopo speciale*, non può essere estesa ad altri rapporti e a situazioni non analoghe. Gli aumenti periodici non sono stabiliti dalla legge ma quando sono attribuiti risultano e sono disciplinati dal regolamento locale o dal capitolato. Se questo stabilisce la decorrenza dalla data della nomina definitiva, non è dubbio che il servizio interinale non sia valutabile. Si può ritenere valido anche questo periodo soltanto se la disposizione che regola gli aumenti periodici consideri efficace *tutto il servizio prestato*. È una questione da risolvere caso per caso, interpretando le norme che regolano gli aumenti.

Agli effetti di essi, non è da considerare la ipotesi del riscatto del servizio prestato in zona di operazione. Piuttosto è da esaminare se risultino campagne di guerra, sicchè lei possa chiedere che tale servizio militare sia valutato in aumento alla anzianità utile e quindi in rapporto al trattamento economico, a norma dell'art. 43 del R. D. 30 settembre 1922, n. 1920, esteso agli enti locali. Agli impiegati che, durante la guerra 1915-1918, abbiano prestato con buona condotta servizio in reparti combattenti, in qualità di militari o assimilati, il tempo trascorso nei reparti suddetti è computato in aumento alla anzianità utile. Generalmente, questa disposizione è stata applicata anche agli effetti degli aumenti periodici.

31° *Dottor P. A.* — Se all'ufficiale sanitario non è vietato l'esercizio professionale, è da ritenere che non vi sia incompatibilità con la funzione di medico di uno stabilimento termale, sia pure appartenente al Comune stesso.

32° *Dottor P. G.* — Il Comune può modificare il capitolato, salvi però i diritti acquisiti, i quali generalmente consistono nella stabilità dell'impiego e nella irriducibilità dello stipendio: ma anche questa limitazione è intesa in senso non assoluto. La deliberazione che modifica il capitolato non è perfetta sino a quando non sia approvata dall'autorità tutoria.

Il trasferimento, in base al nuovo capitolato non ancora approvato, sarebbe certamente illegittimo. Questo punto è fuori di discussione. Poichè, nel caso concreto, ciascuna condotta è per sè stante, e le nomine sono deliberate in rapporto alle singole condotte, le quali hanno una certa autonomia, è da ritenere che il Comune non possa attribuirsi il potere di trasferire per sua iniziativa il medico condotto da una ad altra condotta, senza la volontà di esso. Può farsi la ipotesi di un riordinamento delle circoscrizioni per causa amministrativa e nell'interesse del servizio: in tal caso, si potrebbe ammettere la eventualità di un trasferimento che sia però giustificato da esigenze obbiettive e non si risolva in una lesione dello stato di diritto senza adeguata *causa di pubblico interesse*. Il titolare della condotta potrebbe ricorrere alla G. P. A. in sede giurisdizionale nel termine di giorni trenta dal provvedimento, per violazione di legge ed eccesso di potere.

L'amnistia estingue il reato ma non preclude l'esercizio della azione disciplinare. Astrattamente, quindi, il Podestà ha il potere di iniziare tale procedimento, ma per fatti concreti e specifici. Egli deve fare preliminarmente una indagine per accertare se, estinta l'azione penale nel corso della istruttoria per effetto della amnistia, al medico condotto possano essere seriamente attribuiti fatti che siano disciplinarmente perseguibili. Non basta la possibilità astratta: per dovere d'ufficio e di probità amministrativa il Podestà deve assicurarsi della serietà in concreto. Se Lei sarà riassunto in servizio, avrà diritto allo stipendio e agli assegni che Le sarebbero stati corrisposti se non fosse stato sospeso.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuite.**

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Le nuove norme per la bonifica integrale.

La *Gazzetta Ufficiale* n. 79, del 4 aprile 1933, ha pubblicato il R. decreto 13 febbraio 1933, n. 215, col quale sono state approvate le *nuove norme per la bonifica integrale;* tali norme rappresentano una completa elaborazione della importante legge sulla bonifica integrale e meritano perciò una breve illustrazione, sopratutto nei riguardi sanitari.

Nel titolo I delle norme è stabilito che alla bonifica integrale si provvede per scopi di pubblico interesse, mediante opere di bonifica e di miglioramento fondiario. Per opere di bonifica si intendono quelle compiute in base ad un piano generale di lavori e di attività coordinate, con rilevanti vantaggi igienici, demografici, economici e sociali, in comprensori in cui ricadono laghi, stagni, paludi e terre paludose, o costituiti da terreni montani dissestati nei riguardi idrogeologici o forestali, ovvero da terreni estensivamente utilizzati per gravi cause d'ordine fisico o sociale e suscettibili, rimosse queste, di una radicale trasformazione dell'ordinamento produttivo.

Le opere di miglioramento fondiario sono quelle che si compiono a vantaggio di uno o più fondi, indipendentemente da un piano generale di bonifica.

Appare evidente, dalla esatta definizione delle opere di bonifica, che l'antico concetto, il quale considerava queste opere essenzialmente come dirette al disciplinamento del regime idraulico di una data zona, è stato ormai superato, e che la bonifica rappresenta qualche cosa di molto più completo, e di veramente *integrale*, in quanto mira a trasformare, per così dire, la configurazione del territorio, sia in pianura che in montagna, allo scopo di raggiungere, colla detta trasformazione, alte finalità di carattere economico, demografico, sanitario e sociale.

Il titolo II tratta delle bonifiche, indicandone la classificazione in comprensori di bonifica di prima e di seconda categoria. Sono di prima categoria quelli che hanno una grande importanza, specialmente ai fini della colonizzazione, e che richiedono opere gravemente onerose per i proprietari interessati; appartengono alla seconda categoria tutti gli altri.

Nei comprensori di bonifica sono di competenza dello Stato, in quanto necessarie ai fini generali della bonifica, le seguenti opere: opere di rimboschimento, di correzione dei tronchi montani dei corsi d'acqua, di rinsaldamento e sistemazione idraulico-agraria delle pendici; opere di bonificazione di laghi, stagni, paludi e terre paludose o deficienti di scolo; di consolidamento di dune e piantagione di alberi frangivento; opere di provvista di acqua potabile per le popolazioni rurali; opere di difesa dalle acque e di provvista ed utilizzazione agricola di esse; le cabine di trasformazione e le linee di distribuzione dell'energia elettrica per gli usi agricoli, e le opere stradali, edilizie o di altra natura d'interesse comune del comprensorio; la riunione di più appezzamenti, anche di proprietari diversi, in convenienti unità fondiarie.

Basta questa enumerazione ad illustrare la vastità del concetto di bonifica integrale e a dimostrare come questa raggiunga il suo scopo attraverso l'utilizzazione di tutti i mezzi atti a produrre la valorizzazione sociale ed economica completa dei terreni.

La classificazione dei comprensori di bonifica di prima categoria è fatta con legge, quella di seconda con decreto reale. Per ciascun comprensorio deve essere redatto un piano generale di bonifica contenente il progetto di massima delle opere di competenza statale e le direttive della conseguente trasformazione agricola, in quanto necessarie a realizzare i fini della bonifica ed a valutarne i presumibili risultati economici e d'altra natura. Per i comprensori ricadenti in zone malariche il piano deve prevedere l'adozione dei mezzi necessari ad impedire la diffusione della malaria ed a proteggere da essa i lavoratori adibiti alle opere.

Particolari norme disciplinano la ripartizione delle spese per le opere di bonifica. All'esecuzione di quelle di competenza statale provvede il Ministero dell'agricoltura e delle foreste direttamente o per concessione a consorzi di proprietari, a proprietari o ad altri enti (provincie, comuni, ecc.).

Disposizioni di carattere giuridico, amministrativo e finanziario regolano la manutenzione delle opere già compiute, come pure la complessa materia della ricomposizione delle proprietà frammentate, quando essa risulti necessaria ai fini della bonifica. È statuito l'obbligo per i proprietari di eseguire, coll'eventuale sussidio dello Stato, le opere di interesse particolare dei propri fondi, che siano necessarie ai fini suddetti e non rientrino fra quelle di competenza statale.

Anche indipendentemente da un piano generale di bonifica (titolo III) possono essere sussidiate, o agevolate con mutui dallo Stato, le opere di sistemazione idraulica o idraulico-agraria; quelle di ricerca, provvista e utilizzazione di acque a scopo agricolo o potabile; la costruzione o riattamento di strade o telefe-

riche poderali o interpoderali, o di fabbricati o borgate rurali; i dissodamenti con mezzi meccanici od esplosivi; la trasformazione elettrica dell'energia motrice delle idrovore; il miglioramento fondiario di pascoli montani; le piantagioni; i macchinari e le linee per energia elettrica per uso agricolo, ecc.

Speciale interesse sanitario presentano le disposizioni del titolo IV, sui lavori e gli interventi antianofelici, applicabili in tutte le zone dichiarate malariche. Esse riguardano i lavori di sistemazione di scoli e soppressione di ristagni d'acqua; quelli di diserbo e di manutenzione di raccolte idriche; gli interventi antianofelici nelle acque scoperte, diretti alla eliminazione delle condizioni che tendono a determinare od aggravare le cause di malaricità. Tali lavori, compiuti nei comprensori di bonifica durante l'esecuzione delle opere di competenza dello Stato, sono considerati come complementari di esse e sottoposti al medesimo regime giuridico. Quelli compiuti a bonifica ultimata, possono essere assunti dallo Stato, ma sono a carico dei proprietari di terreni, sia pure con eventuale sussidio statale. Approvato il progetto di bonifica, i suddetti lavori ed interventi acquistano i caratteri delle opere di pubblica utilità.

Chiunque, nell'esecuzione di lavori pubblici o privati, produce escavazioni di terreno è tenuto a provvedere, a sua cura e spese, alle opere di colmatura e scolo delle escavazioni stesse. Sino a quando tali opere non siano eseguite o se siano inattuabili, è fatto obbligo di provvedere, nei pressi dell'abitato, ai lavori ed agli interventi antianofelici in conformità delle istruzioni da emanarsi dal Ministero dell'Interno. Da tale obbligo può derogarsi solo quando, su parere del medico provinciale, le condizioni locali ne escludono la necessità. In caso di inadempienza il prefetto provvede d'ufficio a spese dell'inadempiente. Sono stabilite penalità per chi alteri o pregiudichi lo stato di fatto creato dall'esecuzione dei lavori e degli interventi di piccola bonifica. Dal Ministero dell'Interno saranno concessi assegni per studi e ricerche sull'azione antianofelica; contributi per corsi teorico-pratici per la preparazione di personale esperto direttivo ed ausiliario; premi per il personale sanitario che si sia particolarmente segnalato nell'azione antianofelica. Analoghi premi saranno concessi dal Ministero dell'agricoltura e delle foreste per il personale di bonifica e per i proprietari.

I titoli successivi riguardano i consorzi di bonifica integrale, quelli di miglioramento fondiario, le disposizioni finanziarie sulla concessione di mutui e di contributi nelle spese per opere di bonifica, le esenzioni fiscali, ed altre disposizioni varie, che non presentano particolare interesse dal lato sanitario.

A. FRANCHETTI.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AGNADELLO (*Cremona*). — Scad. 15 lug.; lire 11.000 e addizionali di L. 2,50 e L. 3 sopra il primo e il secondo migliaio di poveri; c.-v.; trasp. L. 1500; ambulat. L. 300.

ALBINO (*Bergamo*). — Col 30 giugno 1933 scade il concorso, bandito il 1° maggio corrente per la terza Condotta Medica di questo Comune comprendente territorio ex Comune di Vall'Alta e Frazioni Oltreserio. Stipendio residenziale L. 8000, cinque quinquenni, mezzi di trasporto L. 2000, spesa ambulatorio L. 500, salvo ritenute e riduzione 12 %. Documenti di rito. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

ALESSANDRIA. *Amministrazione Provinciale.* — Concorso per titoli ed esami al posto di coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Stipendio L. 14.000 elevabile a L. 16.000 e indennità di servizio attivo L. 2500, riduzione 12 %. Il termine di scadenza è prorogato al 31 luglio 1933-XI.

ANCONA. *Ospedale Civile Umberto I.* — Fino alle ore diciotto del 20 luglio 1933 è aperto il concorso per titoli al posto di chirurgo primario dirigente di uno dei due riparti di chirurgia. Per la richiesta di informazioni e della copia del bando rivolgersi all'Ufficio di Amministrazione dell'Ospedale.

ANZIO. *Ospizi Marini.* — Scad. 25 mag.; chirurgo; L. 6000 oltre assegno supplement. L. 1200, il tutto lordo. Rivolgersi alla sede dell'Opera Pia, via San Vincenzo 22, Roma.

ARGELATO (*Bologna*). — Scad. 30 mag.; L. 8800 e 5 quadrienni dec., se uff. san. L. 500, trasp. L. 3000, ambulat. L. 500, c.-v.

ATELLA (*Napoli*). — Scad. 30 giu.; L. 9500 e due sessenni dec.

AVELLINO. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'igiene e profilassi. Stipendio, indennità servizio attivo, pari a quelli stabiliti pel grado VIII, gruppi A e B, degli impiegati dello Stato, senz'altra aggiunta. Età lim. anni 45. Scadenza ore 12 del 10 agosto 1933. Chiedere chiarimenti al Segretario Generale dell'Amministrazione.

CAMUGNANO (*Bologna*). — Scad. 31 mag.; 2ª cond.; L. 9800 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v. e L. 3000 trasp., L. 500 ambulat.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

CAPUA (*Napoli*). *Congregaz. di Carità.* — Scad. 17 lug.; oculista capo del 3° reparto clinica oftalmica del dipendente Ospedale; L. 800 annue; età lim. 40 a. Specialista nel ramo oftalmico.

CARRÈ (*Vicenza*). — Scad. 31 mag.; con Chiuppano; rivolgersi Segret. com.

CASELLE (*Torino*). — Scad. 30 giu.; consorzio Caselle Torinese-Borgaro; L. 8000 e aumenti periodici fino al massimo di L. 4000 dopo 20 anni di servizio; trasp. L. 1400; uff. san. L. 750.

CASTELBELLINO (*Ancona*). — Per titoli. Scadenza venti giugno 1933 - XI. Periodo di prova 2 anni con disdetta sei mesi prima. Stipendio annuo L. 9000 suscettibili di cinque aumenti quadriennali del decimo dello stipendio oltre l'indennità caro viveri a norma di legge e se dovuta. Stipen-

dio ed indennità sono soggetti alla riduzione del 12 %. Età massima anni 40 salvo eccezioni di legge. Indennità cavalc. L. 3000 se il Sanitario abbia in proprio uso l'automobile o cavallo: L. 2000 se provvisto di motocicletta, L. 1000 se di bicicletta. Nell'istanza il concorrente dovrà dichiarare d'accettare il Capitolato in corso d'approvazione Superiore. Assunzione servizio entro un mese dalla partecipazione di nomina. La domanda dovrà essere corredata del certificato della Federazione Provinciale comprovante iscrizione al Partito Nazionale Fascista, nonchè degli altri documenti citati nel Bollettino Nazionale dei Concorsi con avvertenza che quelli ai numeri 2-3-4-7 dovranno essere in data non anteriore a tre mesi dal 1° maggio 1933. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

CASTELFIDARDO (*Ancona*). — Per titoli. Posto della prima condotta medica prevalentemente *chirurgica* con direzione Ospedale Civile. Scadenza tredici giugno 1933. Stipendio iniziale L. 8000 con 5 aumenti quadriennali. Assegno di L. 3000, per Direzione Ospedale. Indennità mezzi di trasporto: L. 3000 se con cavallo o automobile; L. 2000, se con motocicletta; L. 1000, se con bicicletta. Indennità temporanea caroviveri, come per gli altri impiegati. Dette somme sono soggette alla riduzione del 12 % e alle ritenute legali. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria comunale di Castelfidardo (Ancona).

CASTELNUOVO BORMIDA (*Alessandria*). — Fino a tutto il 28 giugno 1933-XI è aperto il concorso, per titoli, al posto di medico condotto. Stipendio L. 7000. Indennità Ufficiale Sanitario L. 500. Indennità di trasporto L. 500 al lordo delle ritenute di legge e della riduzione del 12 %. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

CENGIO (*Savona*). — Scad. 30 giu.; L. 9000 aumentabili; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa lire 50,10.

COMACCHIO (*Ferrara*). — Per titoli, concorso per la IV Condotta (frazione di S. Giuseppe) con residenza in S. Giuseppe. Scadenza ore dodici del 25 giugno 1933, XI. Stipendio annuo lordo Lire 10.000. Assegno complementare L. 3000, per il tempo in cui verrà corrisposto agli impiegati del Comune. Indennità di cavalcatura L. 3500. Il tutto soggetto alla riduzione del 12 per cento. Cinque aumenti quadriennali di un decimo dello stipendio iniziale, non computato, agli effetti della maturazione del primo aumento, il periodo di prova. Età massima anni 35 al giorno 8 maggio 1933, salvo eccezioni di legge. Documenti di rito. Assunzione servizio entro venti giorni dalla partecipazione, sotto pena di decadenza. Riserva di sottoporre i concorrenti, anche se eventualmente nominati, ad apposita visita medica per accertare la sana costituzione e l'idoneità fisica. Chiarimenti alla Segreteria Comunale.

FIRENZE. *Spedale S. Giovanni di Dio.* — Scad. 15 giu., ore 16; assistente chirurgo; L. 5000 oltre L. 1200 indenn. guardia, c.-v., compartecipaz.; ritenute e riduzioni di legge; età lim. 30 a.; laurea da non oltre 5 anni; doc. a 3 mesi; nomina biennale; titoli.

MACERATA. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Dovendosi apportare alcune varianti ai Capitolati di servizio, i concorsi banditi rispettivamente con avvisi 15 e 18 marzo 1933, n. 153 e n. 543, per la nomina del Medico Aiuto dell'Istituto di cura di Villa Montalbano in Macerata, nonchè delle Assistenti Sanitarie Visitatrici pei Dispensari di Macerata, Matelica e Cingoli, sono revocati. Macerata, 20 aprile 1933-XI.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Scad. 22 giu., ore 16; due assistenti medici interni per il Sanatorio Vitt. Em. III presso Garbagnate Milanese; L. 6100 oltre L. 1500 residenza, L. 10 ogni guardia, vitto, alloggio ecc.; ritenute; età lim. 35 a.; doc. a un mese dall'8 mag.; titoli ed esami; serv. entro 20 gg. Chiedere annunzio.

MONTALBANO DI ELICONA (*Messina*). — Scad. 21 giu.; L. 8000 oltre L. 2000 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 35 a. al 2 mag.; tassa L. 50.

MONZA. *Comune.* — Scad. 30 giu.; 3ª condotta esterna (per la frazione di S. Fruttuoso); documenti di rito obbligatori; tassa L. 50.

NOVI LIGURE (*Alessandria*). — Concorso al posto di Ufficiale Sanitario del Comune. Stipendio L. 12.000. Indennità accessorie secondo legge. Scadenza ore diciassette del 31 luglio 1933. Per schiarimenti rivolgersi alla R. Prefettura di Alessandria.

NUORO. *Amministrazione Provinciale.* — Con deliberazione del 18 aprile u. s., il termine per la presentazione delle domande e dei documenti per il concorso al posto di coadiutore della Sezione Medico-Micrografica dei Laboratori Provinciali di Igiene e Profilassi, è prorogato alle ore diciotto del giorno 15 giugno 1933-XI. Stipendio L. 14.000. Indennità di servizio attivo L. 2.000. Cinque aumenti quadriennali del decimo. Per le altre norme rivolgersi alla Segreteria Provinciale di Nuoro.

OVADA (*Alessandria*). — Per titoli ed esami. Posto di ufficiale sanitario. Stipendio annuo L. 6000 lordo ritenute e riduzione di legge. Tre aumenti quadriennali L. 800. Scadenza ore diciassette del 31 luglio 1933-XI. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria comunale.

PESCARA. — Per titoli ed esami. Posto di coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio prov. d'igiene e di profilassi. I documenti richiesti per l'ammissione sono quelli indicati nel R. D. 16 gennaio 1927, n. 1255. I concorrenti dovranno, inoltre, inviare la somma di L. 50,10, per tassa di concorso, mediante vaglia intestato al Cassiere provinciale. Al posto predetto è attribuito lo stipendio di L. 10.000, suscettibile di quattro aumenti quadriennali di L. 800 ciascuno, la indennità di servizio attivo, in L. 2000 annue, e la cointeressenza sul provento delle indagini, di interesse privato, in ragione del 12 per cento. In aggiunta dei precitati assegni sarà corrisposta la indennità di caro-viveri, nella misura e con le modalità già in vigore per gli impiegati dello Stato. Lo stipendio e gli assegni, sono soggetti alla riduzione del 12 % ed alle ritenute per R. Mobile e Cassa di Previdenza come per legge. Il termine utile per la presentazione delle domande di ammissione scade alle ore diciannove del 30 giugno 1933, XI. Per notizie e schiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione provinciale di Pescara.

POTENZA. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Posto di Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi. Scadenza ore diciotto del 15 luglio 1933 (XI). Stipendio iniziale L. 16.000, aumentabile a L. 17.800, oltre ad una indennità di servizio attivo di L. 3.630 annue. Gli assegni sono soggetti alla riduzione del 12 % e alle ritenute

obbligatorie. Età minima 21 anni, massima 45, salvo eccezioni di cui all'art. 9 del R. D. 16-I-1927, n. 155 (« Gazz. Uff. », 22-II-1927, n. 43). Documenti e titoli di studio indicati all'art. 8 del su citato R. Decreto. Tassa di concorso L. 50. Prove di esami secondo i programmi e le norme generali di cui al Decreto 9 maggio 1927 del Ministero dell'Interno. Periodo di prova anni due. Assunzione di servizio entro trenta giorni dalla partecipazione di nomina sotto pena di decadenza. Accettazione, ad ogni effetto di legge, del Regolamento per il Laboratorio, di quello organico per gli uffici provinciali e delle eventuali modifiche che possano in seguito esservi introdotte. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

REGGIO CALABRIA. *Ospedale Psichiatrico Provinc.* — Scad. 20 giu.; 2 medici di Sezione; età lim. 35 (40) a.; L. 14.000 aumentabili a L. 16.700 in 12 anni, oltre L. 3000 serv. att.; riduz. 12 %. Rivolgersi Amministraz. Provinc.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni (Ferrovie dello Stato).* — Concorsi per titoli ai seguenti posti di Medico di riparto: Pescara III (Ancona); Portomaggiore, Massalombarda (Bologna); Lentini II (Catania); Montale Agliana (Firenze); Mignanego (Genova); Sesto Calende, Pontecurone, Luino, Lonato (Milano); Vinchiaturo, Maddaloni Inferiore, Minturno, Avellino II (Napoli); Cefalù II, Caltanissetta III, Castelvetrano III (Palermo); Noceto, Massa, Giuncarico (Pisa); Capranica, Grotte S. Stefano, Attigliano, Gallese, Civitavecchia IV, Roccaraso (Roma); Lancenigo (Venezia). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 10 giugno 1933-XI.

TREDOZIO *(Forlì).* — Scad. 31 mag.; condotta di Levante; L. 11.000 e 10 bienni ventes., L. 1250-2500 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

VERCELLI. *Ospedale Maggiore.* — Scad. 26 giu., ore 18; direttore medico e 4 primari, per le Sezioni mediche, ostetr.-ginec., radiofisioterapica e dermoceltica.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

L'Ufficio di Presidenza della R. Accademia delle Scienze Medico-Chirurgiche di Napoli è stato così costituito per il biennio 1933-34: presidente sen. Giovanni Pascale; vice-presidente prof. Cesare Colucci; segretario prof. Paolo Sgobbo; vice-segretario prof. Rocco Jemma; tesoriere prof. Gaetano Jappelli.

La Commissione internazionale malariologica presso la Società delle Nazioni ha conferito al dott. S. P. James il premio annuale di Fondazione Darling, consistente in una medaglia d'oro e 1000 franchi svizzeri da assegnare all'autore dei migliori contributi recati allo studio della malaria durante l'ultimo quinquennio.

Su proposta di S. E. il Capo del Governo, il prof. Giorgio Ferreri, Direttore inc. della Clinica Otorino-laringologica della R. Università di Perugia, è stato nominato commendatore nell'Ordine della Corona d'Italia. Al valoroso professore, collaboratore nel « Policlinico », esprimiamo il nostro cordiale compiacimento.

NOTIZIE DIVERSE.

Il Museo storico dell'arte sanitaria in Roma.

L'Istituto Storico Italiano dell'Arte Sanitaria — di cui è presidente il prof. Guglielmo Bilancioni, illustre laringologo di alta fama scientifica — è stato inaugurato l'11 maggio nella Sala Alessandrina dell'Ospedale di S. Spirito, gremita di intervenuti fra cui il Principe Boncompagni Ludovisi, Governatore di Roma; il gr. uff. Spano, presidente degli Ospedali Riuniti di Roma; i sen. Bastianelli, Giordano, Pestalozza, Sanarelli; l'on. Morelli, segretario del Sindacato Medico; il gr. uff. Basile, direttore gen. della Sanità Pubblica; il prof. Pecori, direttore dell'Ufficio d'Igiene del Governatorato; il conte dott. Quirico e il conte Guerrieri della Real Casa, e altre personalità.

Dopo un discorso del prof. Bilancioni che ha fatto la storia del Museo e del cammino attraverso cui esso ha potuto essere ordinato ed ha illustrato l'importanza del materiale raccolto, il prof. Capparoni ha guidato tutti gli intervenuti nella visita delle varie sale del Museo, che egli ha illustrato con grande dottrina.

L'Istituto Storico Italiano dell'Arte Sanitaria vede realizzata una sua antica aspirazione con l'istituzione di questo Museo, che trova degna sede nell'arciospedale di S. Spirito in Sassia, costruito a Roma nel 1204; Museo che costituisce con il suo materiale una documentazione del progresso del pensiero scientifico, attraverso i secoli, tanto nella medicina, quanto nella farmacia e nell'arte veterinaria.

4° Congresso italiano di storia della medicina.

In occasione dell'inaugurazione del Museo storico nazionale dell'arte sanitaria, la Società italiana di storia delle scienze mediche e naturali ha tenuto il IV Congresso nazionale a Roma, durante i giorni 11 e 12 maggio, nei locali del Policlinico Umberto I. Vi sono intervenuti eminenti studiosi di ogni parte d'Italia.

Il discorso di apertura è stato tenuto dal sen. Davide Giordano. Seguirono interessanti relazioni e comunicazioni.

1° Congresso di medicina legale generale e di medicina legale delle assicurazioni.

Come già è stato pubblicato nel n. 12, dal 1° al 4 giugno sarà tenuto a Roma il Congresso di Medicina Legale Generale e di Medicina Legale delle Assicurazioni.

Il Comitato ordinatore è presieduto dal prof. S. Ottolenghi.

Importanti relazioni su temi riguardanti problemi di attualità saranno svolte dai proff. Ottolenghi, Giannini, Romanelli, Lattes, Cazzaniga, Falco, Di Tullio, Viola, Nicoletti.

Il Congresso si presenta della più alta importanza scientifica e sociale ed è stato già onorato delle adesioni di numerosi Enti.

Il Congresso sarà inaugurato il 1° giugno p. v. nell'Aula Magna della R. Università di Roma, e le sedute saranno tenute nei locali dell'Istituto di Medicina Legale della R. Università di Roma, e due sedute speciali avranno luogo presso l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni e presso l'Ospedale Sanatoriale « Benito Mussolini » di Porta Furba, in occasione di una visita che i congressisti faranno a questo importante Sanatorio che costituisce uno dei più moderni Istituti sanatoriali d'Italia.

Nei locali dell'Istituto di Medicina Legale sarà tenuta una Mostra di apparecchi, cimeli, tavole grafiche.

I congressisti potranno usufruire di speciali facilitazioni; si organizzano visite e gite.

Le adesioni a congressisti (L. 30) e a soci aderenti (L. 15 per i non medici) si ricevono presso la Segreteria del Congresso, via Marco Minghetti 17, Roma.

Per qualsiasi chiarimento o per prenotazione di alloggi rivolgersi alla Segreteria o alle Agenzie Chiari e Sommariva di Roma, Milano, Genova, Napoli, Firenze.

Giornate Mediche di Bruxelles.

A complemento di notizie già date, aggiungiamo che la « Société Nationale des Chemins de Fer Belges » accorderà una riduzione del 35 % sulle tariffe ordinarie, ai possessori della tessera rilasciata dal segretario generale del convegno; questa concessione sarà valida dal 12 giugno al 5 luglio, per qualunque treno; al ritorno è consentito un percorso diverso da quello di andata. Il « Comité de Direction des Grands Résaux Français » ha concesso il ritorno gratuito, salvo il 15 % di tassa; non è però consentito l'uso di treni rapidi ed espressi ed il percorso dev'essere identico all'andata e al ritorno.

La conferenza inaugurale del convegno, affidata al prof. Charles Saroléa, dell'Università di Edimburgo, concernerà il tema: « Il medico e la medicina nella letteratura contemporanea ».

Un'esposizione internazionale di arti e di scienze applicate alla medicina, chirurgia, farmacia ed igiene sanitaria, verrà organizzata nei locali dell'Università libera per i giorni 25-27 giugno; il ministro dell'industria e del lavoro, Van Isacker, ne ha accettato l'alto patronato. È ammessa l'entrata in franchigia doganale di apparecchi e prodotti destinati a questa Mostra.

Settimana medica padovana.

Come abbiamo già annunziato, il Sindacato Provinciale Fascista Medico di Padova, in accordo con la Facoltà medico-chirurgica, organizza anche quest'anno la « Settimana Medica Padovana », per dar modo ai colleghi che vivono lontani dai centri di alta cultura di aggiornare le loro cognizioni su qualcuno dei più importanti problemi della medicina. Le lezioni e le conferenze verranno tenute, dal 4 all'11 giugno, secondo un vasto programma, che s'invia a richiesta.

Le iscrizioni devono pervenire al Sindacato predetto, via Carlo Cassan 5, entro il 28 maggio, accompagnate dalla tassa di iscrizione di L. 10.

I partecipanti potranno usufruire dei ribassi ferroviari (50 %) concessi da tutte le stazioni del Regno in occasione della Fiera Campionaria di Padova ed avranno diritto ad una tessera di libera circolazione sui trams elettrici urbani e suburbani e di ingresso gratuito ai Musei e Monumenti cittadini per la durata della « Settimana .»

Gli iscritti che lo desiderassero, potranno prendere i pasti alla « Mensa Universitaria » alle stesse condizioni fatte agli studenti. Rivolgendosi — non oltre il 26 maggio — al « Gruppo Alberghi » presso il Grand Hôtel di Padova, si potranno prenotare, anticipando almeno l'importo di una giornata, camere a prezzi di favore.

A coloro che avranno frequentato regolarmente le lezioni della « Settimana » verrà rilasciato un certificato.

Convegno idrologico.

È stato indetto per il 4 giugno a Fiuggi.

Scopo del Convegno è di illustrare agli studenti laureandi l'importanza delle acque minerali e diffondere la conoscenza dei molteplici problemi nazionali, scientifici, terapeutici della idrologia. Il convegno avrà luogo presso le Fonti di Fiuggi e saranno illustrati varî argomenti; S. E. Nicola Parravano, Accademico d'Italia, direttore dell'Istituto chimico della R. Università di Roma, tratterà de « L'importanza nazionale delle acque minerali »; il prof. Cesare Frugoni, direttore della Clinica medica della R. Università di Roma, dei « Problemi scientifici di idrologia »; il prof. Alessio Nazari, medico primario degli Ospedali di Roma, direttore sanitario delle Fonti di Fiuggi, de « Le acque di Fiuggi e il loro valore terapeutico ».

L'iscrizione è riservata ai laureandi in medicina, in chimica e in farmacia. L'iscrizione si riceve presso la Soc. An. Fiuggi (Anticolana), piazza della Pilotta 3. La quota di iscrizione è di L. 20 quale contributo per le spese di viaggio. Partenza da Roma, piazza della Pilotta, a ore 7,50. Le iscrizioni si ricevono fino al 25 maggio.

Società italiana di biologia sperimentale.

Il 10 aprile venne inaugurata la Sezione della Venezia Giulia nella sala della biblioteca dell'Ospedale Regina Elena di Trieste. Vi hanno partecipato largamente medici e naturalisti; vi era rappresentato il Sindacato regionale chimici. Il presidente della Sezione, prof. G. Revoltella, svolse il concetto che l'attuale indirizzo degli studi porta sempre più a far considerare la medicina come un ramo delle scienze biologiche; tale indirizzo è sovratutto promettente in clinica. Da ciò la ragione precipua del nuovo centro di studi. Parlarono poi i proff. Ravasini e Marziani. Infine il presidente della Società, prof. Herlitzka, intervenuto da Torino, dichiarò costituita la Sezione. Esaltò la tradizione naturalista triestina, da Ciamician a Santorio. Espose le ricerche intraprese a Trieste sotto la sua direzione sulla fisiologia dell'uomo al mare, da un gruppo di suoi collaboratori ed allievi: ricerche varie e complesse, ma ora dovute interrompere per deficienza di mezzi. Seguirono pregevoli comunicazioni.

Il problema delle cliniche universitarie di Firenze.

Il Capo del Governo ha ricevuto il Prefetto, il Segretario Federale, il Podestà, il Preside della Provincia e il Rettore dell'Università di Firenze, che gli hanno sottoposto alcuni problemi concernenti quelle Cliniche universitarie.

All'Ospedale italiano di Londra.

Il 15 marzo il Duca e la Duchessa di York, accompagnati dall'ambasciatore d'Italia, hanno visitato l'Ospedale Italiano di Londra, inaugurando un letto dedicato alla memoria del compianto ambasciatore Bordonaro, già presidente onorario dell'Ospedale.

Questo, sorto nel 1884 per generosa iniziativa del comm. G. B. Ortelli, di Lecco, solo nel 1900 potè inaugurare la sede attuale, divenendo ben

presto tra i più moderni e meglio attrezzati ospedali londinesi. Esso è aperto a tutte le nazionalità; e infatti il 50 % degli ammalati sono cittadini britannici, che vi trovano la migliore assistenza medica e chirurgica. Ricovera annualmente incirca 700 ammalati interni e registra incirca 14.000 visite nel suo ambulatorio; la seconda cifra verrà molto aumentata nell'avvenire, in quanto funziona ora anche un ambulatorio per bambini, sorto ad iniziativa ed a spese del Fascio italiano di Londra e del quale già demmo notizia. La fama acquistata recentemente dall'Ospedale è dovuta molto all'opera del sen. Castellani, del dott. Manzocchi e dell'intero Corpo sanitario, in cui figurano reputati specialisti e l'istituzione fa molto onore al nome italiano.

Scuola medica post-universitaria a Londra.

Malgrado le sue 12 scuole di medicina ed i suoi numerosissimi ospedali, Londra non aveva ancora una scuola medica post-universitaria; solo in alcuni piccoli ospedali si tenevano dei corsi di revisione, d'integrazione, di perfezionamento e di specializzazione.

Dopo tre anni di laboriose trattative, si è ora organizzata una scuola medica post-universitaria, « British Post-Graduate Hospital and Medical School », a Hammersmith, nell'ovest di Londra. Si tratta di un ospedale municipale, dipendente dal « London County Council », opportunamente ingrandito, trasformato e arricchito. Il Governo, in vista dell'importanza dell'iniziativa, aveva elaborato un piano per un contributo corrispondente a circa 25 milioni di lire it., di cui metà fornito dal Governo stesso e metà da altri Enti; ma poi, a causa della crisi, il piano finanziario venne ristretto; la caduta della sterlina ha finito col portare una riduzione molto notevole. Comunque, la scuola-ospedale è ottimamente attrezzata, ricca di laboratori e dispone di un personale scelto. Vi si manderanno specialmente i casi più difficili a diagnosticare ed a curare. Il Municipio concorre largamente nella spesa, in vista dei vantaggi che la salute pubblica trarrà da una maggiore efficienza dei medici.

Nell'Università di New York.

L'Istituto di batteriologia e igiene dell'Università di New York (con Collegio Medico dell'Ospedale Bellevue), è stato scisso in due Istituti: l'uno di batteriologia, l'altro di medicina preventiva; sono affidati rispettivamente ai proff. Hermann M. Biggs e K. George Falk. Invece l'Istituto di terapia è stato aggregato all'Istituto di clinica medica, ma con cattedra a sè, affidata al prof. Samuel A. Brown.

Donazioni e legati.

Con R. D. n. 182 del 2 febbraio 1933, la R. Accademia delle Scienze mediche di Palermo è autorizzata ad accettare il legato di L. 50.000, disposto a suo favore dal compianto prof. Lorenzo Mannino, per istituire presso la suddetta Accademia il « premio Lorenzo Mannino », da conferire ogni tre anni per concorso tra medici siciliani al miglior lavoro di patologia e clinica dermosifilopatica.

* * *

L'Ospedale di Bitonto ha ricevuto la somma di L. 45.000 dalla famiglia del compianto dott. Ferraro, di cui si è voluto per tal modo onorare la memoria.

Una prolusione di Sileno Fabbri.

Avendo il Sindacato provinciale delle ostetriche della provincia di Milano organizzato un ciclo di conferenze da tenersi nell'Aula Magna degli Istituti Clinici di perfezionamento ogni martedì e giovedì nel pomeriggio, l'avv. Sileno Fabbri, l'illustre Commissario dell'Associazione Nazionale pro Maternità e Infanzia, ha iniziato il Corso con una prolusione giovedì 4 maggio, parlando nel salone dei Sindacati professionisti e artisti, ascoltatissimo e applaudito dal folto uditorio.

Per l'unificazione degli istituti d'assicurazione contro gli infortuni.

È stata distribuita alla Camera dei Deputati la relazione del Capo del Governo al disegno di legge riguardante l'unificazione degli Istituti per l'assicurazione obbligatoria contro gl'infortuni degli operai sul lavoro.

Il suburbio di Roma risanato dalla malaria.

Con decreto dell'8 maggio è revocata la classificazione nelle zone malariche del vasto territorio che attornia l'Urbe, esteso 12.000 ettari e sul quale vivono 30.000 abitanti.

È questa una conseguenza dell'intensa opera di bonifica perseguita dal Governo Nazionale, affidata al Ministero dell'Agricoltura, efficacemente fiancheggiato dall'azione igienico-sanitaria del Governatorato di Roma, azione tenacemente condotta dai dottori prof. Pecori ed Escalar.

Istituto antirabbico abolito.

Il preside della provincia di Verona, constatando che la rabbia è quasi completamente scomparsa, ha deliberato di dare all'Istituto antirabbico una diversa destinazione. Alla cura dei casi di rabbia che dovessero eventualmente verificarsi si provvederà nei reparti dell'ospedale o nelle cliniche prossimiori.

È morto improvvisamente a Vienna, in età di 56 anni, il pediatra LEOPOLD MOLL. Era nato a Praga; da giovane si era dedicato alla chimica medica; nominato da Ebstein assistente nella Clinica pediatrica di Praga, fu poi chiamato da Escherich in quella di Vienna, ove presto si distinse e gli fu affidata la direzione dell'Opera Imperiale per la tutela delle madri e dei bambini. Organizzò in tutta l'Austria un numero grandissimo di consultori materni e per le cure pre-natali; promosse anche i convalescienziari per bambini. Fu un apostolo dell'allattamento al seno. Tenne instancabilmente dei corsi e delle conferenze per madri e pubblicò alcuni libri di propaganda tra cui ebbe larghissima diffusione il « Merkbuch für Mütter ». Nel campo scientifico si occupò di vari argomenti, tra cui il nervosismo dei bambini, il rapporto tra clima e malattie dell'infanzia, l'alimentazione infantile, la patologia e la cura dello spasmo pilorico, ecc. F. M.

È morto in età di 73 anni a Berlino il prof. OTTO LUBARSCH, uno dei più reputati anatomopatologi, allievo prediletto di Virchow, sulla cattedra del quale egli succedette nel 1917. Lascia più di 200 memorie ed alcuni trattati. Dirigeva il « Virchow's Archiv ».

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Practitioner, mar. — Numero sui soccorsi d'urgenza nella pratica generale.

Ann. di Med. Nav. e Col., gen.-feb. — DORIA. Influenze del sistema di Goldman o S. R. E. sulla produzione degli anticorpi.

Edinb. Med. Journ., mar. — Numero sulla tbc.

Giorn. di Batt. e Immunol., feb. — S. FAMULARI e al. Differenziazione fra « Brucella abortus » e « B. melitensis ». — P. GIANI. Infezione endogena e localizzazioni oculari.

Mediz. Welt., 4 mar. — F. KIRSCH. La diagnosi elettrocardiografica. — A. GERONNE. I disturbi nervosi del cuore.

Paris Méd., 4 mar. — Numero di dermosifilologia.

Journ. d. Prat., 4 mar. — N. FIESSINGER. Le sindromi insuliniche.

Journal A. M. A., 18 feb. — M. GARDBERG. Degeneraz. epato-lenticolare. — H. E. IRISH e E. C. REYNOLDS. Gangrena anafilattica.

Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., mar. — D. GUELMINO. Azione del calore sulla biologia esogena dei plasmodi.

Münch. Med. Woch., 3 mar. — A. JESINEK e al. Fototerapia.

Revue Neurol., feb. — L. VAN BOGAERT. Manifestazioni nervose durante le malattie eruttive.

Presse Méd., 1 mar. — ABRAMI e al. Vagotonia e ipertensione arteriosa.

Ann. di Ost. e Gin., 28 feb. — M. NIZZA. Ricambio emoglobinico in gravid. — F. D'ERCHIA. Placenta materna e placenta fetale.

Surg., Gyn. a. Obst., 15 feb. — Resoc. del 22° Congresso clinico del Collegio americano dei chirurghi.

Minerva Med., 3 mar. — C. TOSCANO. Iperchetonemia e disfunzione epatica.

Arch. per le Sc. Med., feb. — P. RAVENNA. Azioni dell'ossido di torio.

Riv. di Cl. Ped., feb. — D. MOGGI. Roentgenterapia della meningite tbc.

Deut. Med. Woch., 10 mar. — EICHHOLTZ. Intolleranze terapeutiche. — BERGWALL. Morbo di Weil.

Presse Méd., 8 mar. — B. BENSAUDE. Actinomicosi ano-rettale primitiva. — M. HAMBURGER e GUÉRIN. Trattam. delle setticemie con iniezioni endovenose d'alcool.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 5 mar. — A. CAMPANI. Il sonno come occasione di malattia.

Klin. Woch., 4 mar. — KENDALL. Batteri filtrabili.

Presse Méd., 11 mar. — A. CALMETTE. Vaccinaz. con B. C. G. negli adolescenti e negli adulti.

Lancet, 11 mar. — W. J. GRIFFITTS e O. L. V. DE WESSELOW. Disinsulinismo.

Semana Méd., 16 feb. — R. C. FERRARI e T. PINERO. Ernia intercostale. — J. ORGAZ e al. Il mate.

Paris Méd., 11 mar. — R.-H. MARTIN e P. HALBRON. Accidenti della rachianestesia.

Mediz. Welt, 11 mar. — E. MELZER. Diabete e mixedema. — S. ENGEL. Influenza nel bambino.

Arch. Mal. App. Dig. ecc., feb. — CHATRIOT. Epatite acuta primitiva da lamblia. — ROGER. Insufficienza epatica durante l'ittero emolitico.

Amer. Journ. Med. Sc., mar. — F. KENNEDY. Infezioni focali e sistema nervoso. — A. E. RUSSELL. Effetti della polvere di cemento sui lavoratori. — C. A. FLOOD e al. Diagnosi differenziale dell'ittero. — A. GRAYBIEL e H. B. SPRAGUE. Blocco del fascio atrio-ventricolare.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

"IL POLICLINICO"
PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

PROSPETTO DELL'OPERA

VOLUME PRIMO.

1. **Anestesie e anestetici** - Dott. V. GHIRON, Roma.
2. **Infezioni chirurgiche in generale e loro cura**: acute - Dott. V. JURA, Roma; croniche - Dott. V. JURA, Roma.
3. **Chirurgia delle parti molli degli arti**: Pelle e suoi annessi - Dott. G. PACETTO, Roma; Sottocutaneo - Dott. G. PACETTO, Roma; Muscoli - Dott. T. LAURENTI, Roma; Tendini - Dott. G. PACETTO, Roma.
4. **Chirurgia dei vasi sanguigni** - Dott. V. GHIRON, Roma.
5. **Chirurgia dei vasi linfatici e delle ghiandole linfatiche** - Dott. V. GHIRON, Roma.
6. **Chirurgia delle ossa**: Generalità - Dott. P. VALDONI, Roma; Malattie sistemiche dello scheletro - Dott. P. VALDONI, Roma; Malattie infiammatorie acute e croniche - Dott. V. JURA, Roma; Tumori e malattie parassitarie - Prof. R. BRANCATI, Parma; Fratture in generale e in particolare - Dott. V. GHIRON, Roma.
7. **Chirurgia delle articolazioni**: Malattie infiammatorie - Dott. V. LOZZI, Roma; Tumori - Dott. V. LOZZI, Roma; Traumi delle articolazioni eccetto le lussazioni - Dott. V. LOZZI, Roma; Lussazione in generale e in particolare - Dott V. GHIRON, Roma; Anchilosi e contratture - Dott. T. LAURENTI, Roma; Malattie di crescenza - Dott. C. MARINO-ZUCO, Roma.
8. **Deformità congenite e acquisite degli arti** - Dott. C. MARINO-ZUCO, Roma.
9. **L'indagine radiologica in chirurgia** - Dott. A. BIANCHINI, Roma.

VOLUME SECONDO.

PARTE PRIMA.

1. **Chirurgia dell'orecchio** - Prof. G. FERRERI, Perugia.
2. **Chirurgia delle fosse e faringe nasali e cavità annesse** - Prof. G. FERRERI, Perugia.
3. **Chirurgia del viso** - Prof. S. GUSSIO, Catania.
4. **Chirurgia dei mascellari** - Dott. G. MATRONOLA, Roma.
5. **Chirurgia della bocca, lingua e ghiandole salivari** - Dott. M. ASCOLI, Roma.
6. **Chirurgia della laringe e della faringe** - Prof. G. FERRERI, Perugia.

PARTE SECONDA.

7. **Chirurgia del collo**: Malformazioni congenite - Dott. P. VALDONI, Roma; Malattie infiammatorie - Dott. P. VALDONI, Roma; Tumori - Dott. P. VALDONI, Roma.
8. **Chirurgia della tiroide e paratiroidi** - Dott. M. ASCOLI, Roma.
9. **Chirurgia della mammella** - Prof. R. BRANCATI, Parma.
10. **Chirurgia del torace**: Pareti toraciche - Dott. M. ASCOLI, Roma; Mediastino e timo - Dotto toracico - Dott. M. ASCOLI, Roma; Esofago - Dott. M. ASCOLI, Roma; Pleura - Polmoni - Dott. M. ASCOLI, Roma; Cuore, pericardio e grossi vasi - Dott. M. ASCOLI, Roma; Diaframma - Dott. M. ASCOLI, Roma.
11. **Chirurgia dell'apparato genitale femminile** - Dott. A. CERMENATI, Teramo.

VOLUME TERZO.

1. **Chirurgia delle parti molli e delle ossa del cranio** - Dott. A. CHIASSERINI, Roma.
2. **Chirurgia del sistema nervoso centrale**: Chirurgia del cervello - Dott. A. CHIASSERINI, Roma; Chirurgia del midollo spinale - Prof. L. DOMINICI, Perugia.
3. **Chirurgia dei nervi periferici e del simpatico** - Dott. A. CHIASSERINI, Roma.
4. **Chirurgia della colonna vertebrale** - Dott. S. CRAINZ, Roma.
5. **Chirurgia del bacino** - Dott. P. STEFANINI, Roma.
6. **Chirurgia dell'apparato urinario**: Reni e ureteri - Dott. E. MINGAZZINI, Roma; Vescica - Dott. E. MINGAZZINI, Roma; Prostata - Dott. E. MINGAZZINI e V. LOZZI, Roma; Uretra - Dott. V. LOZZI, Roma.
7. **Chirurgia dell'apparato genitale maschile**: Testicoli e deferente - Dott. G. MATRONOLA, Roma; Vescichette seminali - Dott. V. LOZZI, Roma; Pene - Dott. V. LOZZI, Roma.

VOLUME QUARTO.

Chirurgia dell'addome: Pareti addominali - Dott. P. VALDONI, Roma; Ernie - Prof. S. GUSSIO, Catania; Peritoneo - Prof. P. VALDONI, Roma; Fegato e vie biliari - Prof. L. DOMINICI, Perugia; Pancreas - Dott. L. DOMINICI, Perugia; Milza - Dott. P. VALDONI, Roma; Stomaco - Prof. G. BAGGIO, Cagliari; Intestino tenue e colon - Dott. P. VALDONI, Roma; Appendice - Dott. P. VALDONI, Roma; Retto e ano - Dott. P. VALDONI, Roma.

IL MANUALE, stampato su ottima carta, si comporrà di quattro volumi elegantemente rilegati in tela, di complessive 2800 pagine circa e sarà riccamente illustrato con nitidissime figure, parecchie delle quali originali, in nero ed in tricromia.

☛ *Staccare* ....

(22-?) ✳ CEDOLA POSTALE DI COMMISSIONE LIBRARIA ✳

Da inviare sottoscritta e chiusa in busta affrancata con 50 centesimi

Spazio a disposizione del mittente per altre sue eventuali comunicazioni.

....

....

....

....

....

....

....

....

....

All'editore

Sig. LUIGI POZZI

(Giornale "Il Policlinico")

ROMA (106)

VIA SISTINA, 14

ANNO XL Roma, 29 Maggio 1933 - XI Num. 22

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA MEDICA DI CATANIA

diretta dal Prof. GIOVANNI DI GUGLIELMO.

Sul valore pratico di una nuova prova di funzionalità epatica.

Dott. GAETANO MIGNECO, assistente volontario.

Se dal lato morfologico la diagnostica delle affezioni epatiche non sembra dover aspettare grandi progressi, non è così per quanto riguarda la esplorazione funzionale dell'organo. E sì che molto spesso, di fronte ad un fegato leso, il quesito più interessante non è quello relativo al tipo e all'aspetto anatomico della lesione, ma quello, ben più ricco di riflessi pronostici e terapeutici, relativo al grado di compromissione che la lesione ha indotto nelle molteplici funzioni dell'organo.

Per queste condizioni, la ricerca ed il collaudo delle cosidette prove di funzionalità epatica impegna da molto tempo la patologia sperimentale e la clinica. Non è qui il caso di fare la storia di tutti i tentativi nè di esporne i risultati, che sono noti a tutti. In conclusione, si può dire che nessuna delle innumerevoli prove fin'oggi proposte, considerata isolatamente, risponde allo scopo di svelare in tutti i casi una deficienza funzionale del fegato. In genere, molte delle prove proposte ed entrate nella pratica si dimostrano sufficienti a dare risultati apprezzabili nei valori medi di gruppi di casi; e nel caso singolo, quando si insista ad esplorare la funzionalità epatica da tutti i lati, vale a dire servendosi di tutti i metodi più attendibili, il difetto funzionale riesce in gran parte dei casi più o meno appariscente.

Ma la prova ideale, quella cioè a cui ricorrere con la certezza di un risultato preciso ed univoco in ogni caso di lesione epatica per appurare la compassione funzionale dell'organo, non esiste finora. Ciò dipende, com'è ovvio, dalla grande complessità funzionale del fegato, e dalla grande ricchezza di connessioni funzionali esistenti fra esso e gli altri organi dell'economia.

In queste condizioni, ogni nuovo tentativo mirante alla ricerca di metodi di esplorazione

funzionale capaci di dare risultati migliori merita la massima attenzione.

Recentemente (1930) Althausen, Gunther, Lagen e Kerr fecero rinascere le speranze, proponendo una « prova modificata di tolleranza al glucosio » la quale secondo i ricercatori eliminerebbe almeno una delle due obiezioni principali che vengono mosse ai metodi di esplorazione della funzione glicogenetica del fegato, quella cioè relativa al fatto che gli scarti inerenti al disturbo funzionale appaiono con sufficiente evidenza soltanto nei valori medi di gruppi di casi, mentre in casi singoli possono sfuggire.

La prova aveva tanto maggiore importanza e sembrava tanto più suggestiva in quanto in questi ultimi tempi risultati sperimentali ed osservazioni cliniche si sono accordati nell'assegnare alla glicogenesi epatica importanza e funzioni dapprima insospettate: è stato visto, per esempio, che anche la funzione antitossica del fegato è strettamente legata al contenuto in glicogeno del parenchima epatico.

Althausen e Kerr (1), saggiando la tolleranza all'insulina in un caso di emocromatosi (con diabete e cirrosi del fegato) avevano visto che l'apporto di piccole dosi dell'ormone pancreatico era seguito da grandi oscillazioni del tasso glicemico e avevano interpretato il fenomeno riconducendolo ad una marcata compromissione del potere glicogenetico e glicogenolitico del fegato, per effetto della cirrosi. Da questa osservazione scaturiva ovvia la ricerca di un metodo capace di svelare, nelle varie malattie epatiche, gradi minori di tale deficienza funzionale.

Inoltre, gli AA. furono guidati alla ricerca della loro prova dalle osservazioni di Klein e Lang (2) i quali avevano visto seguire, in epatopazienti, oscillazioni abnormalmente ampie della glicemia alla somministrazione simultanea di glucosio e di grandi quantità d'acqua; e da quelle di Klein (3), che vide che l'aggiunta di insulina rende più evidenti tali oscillazioni del tasso glicemico. D'altra parte l'intervento del fegato nel metabolismo dell'acqua è ben documentato da numerose osservazioni (4), dalle antiche di L. Ferrannini (1903), il quale dimostrò che in tutte le malattie del fegato la diuresi è compromessa, alle recenti di Pozzi (5), che studiò il valore pratico della prova dell'acqua nella diagnostica funzionale del fegato: è ovvio però che anche i risultati di questa prova (in linea di massima, nelle ricerche del Pozzi, favorevoli) sono utilizzabili unicamente negli epatici a funzione renale perfettamente integra.

Nella sua elaborazione definitiva, la prova studiata e proposta da Althausen coi suoi collaboratori consiste nel somministrare, di mattina a digiuno e dopo una prima determinazione del tasso glicemico, 20 unità di insulina per iniezione, e, 20 minuti dopo, 50 gr. di glucosio in 500 d'acqua per os, e successivamente ancora un litro d'acqua. Dopo ciò, si ripete la glicemia, dopo mezz'ora, un'ora, due ore, tre ore (dall'ingestione del glucosio).

Nei soggetti senza segni di affezioni epatiche, gli AA. osservarono curve glicemiche la cui caratteristica era rappresentata da una fase ascendente durante la prima ora (in media circa il 35 % di aumento) a cui fa seguito una seconda fase più lentamente decrescente, per la quale verso la terza ora il tasso glicemico ritorna presso a poco al valore iniziale.

Fra gli epatopazienti gli AA. registrarono due tipi di curva: uno (tipo ipoglicemico) in cui si ebbe una caduta ininterrotta del tasso glicemico per tutta la durata della prova; l'altro (tipo iper-ipoglicemico) in cui questa caduta fu preceduta da una fase iperglicemica più o meno elevata e più o meno durevole.

In entrambi i tipi, e questo secondo gli AA. è il fatto che caratterizza la risposta degli epatici alla prova, la fase discendente della curva oltrepassò notevolmente il valore iniziale, tanto che in molti dei casi si ebbero disturbi da ipoglicemia.

La conclusione degli AA. fu che l'ipoglicemia terminale, nelle condizioni della prova, dimostrebbe una disfunzione epatica. La linea di divisione fra i risultati normali, cioè negativi, e i risultati patologici, cioè positivi, starebbe intorno a 70 mgr. di glucosio %.

Recentemente, Morawitz e Mancke (6), che eseguirono la prova in 15 individui a ricambio normale e in 11 casi di cirrosi epatica incipiente, conclusero che nei normali la differenza fra il tasso glicemico iniziale e il terminale non supera i 20 mgr. di glucosio %, mentre negli epatici essa va oltre i 40 mgr. Questi AA., però, riportano soltanto i valori medi registrati nelle loro osservazioni.

Per quanto riguarda l'interpretazione teorica della prova, Althausen e i suoi collaboratori avanzarono una ipotesi fondata sul concetto espresso da Klein (l. c.) che nelle malattie del fegato si ha un rallentamento della attività metabolica della cellula epatica.

L'insulina somministrata al principio della prova, l'idremia provocata dall'ingestione di acqua, forse anche la diminuzione del contenuto in glicogeno del fegato, si accorderebbero nel produrre un abbassamento del tasso glicemico che negli individui normali sarebbe com-

pensato dall'apporto di glucosio, che verrebbe metabolizzato con velocità sufficiente. Negli epatici, invece, questo meccanismo di compenso non si effettuerebbe tempestivamente, per il rallentamento dell'attività metabolica del parenchima. Altre teorie, enunciate da Klein, valorizzano specialmente l'idratazione del fegato, la diminuzione della « glicemina » che manterrebbe uno stato di ipoglicemia latente, ecc.

* * *

Ho cercato di farmi un'idea del valore clinico di questa « prova modificata di tolleranza al glucosio » (che se mai sarebbe meglio chiamare « prova combinata di tolleranza all'insulina ») utilizzando il materiale ospedalizzato in Clinica.

Per la *tecnica* mi sono strettamente attenuto a quella suggerita dagli AA., che del resto è estremamente semplice. Di mattina, dopo circa 12 ore di digiuno, ai soggetti in esame, dopo un primo prelevamento di sangue per il dosaggio del tasso glicemico iniziale, veniva praticata un'iniezione ipodermica di 20 unità di insulina (Meister-Lucius), alle ore 8,40. Alle 9 somministravo 50 gr. di glucosio (puro per analisi) sciolto in 500 gr. d'acqua; successivamente, entro le 9,10, il soggetto in esame ingeriva ancora un litro di acqua.

In genere, i pazienti si prestano molto mal volentieri a questa enorme e brusca ingestione di liquido, tanto che è bene presenziarla per evitare sotterfugi. Ad ogni modo, non furono mai osservati disturbi riferibili all'acqua somministrata. Alle ore 9,30, alle 10, alle 11 e alle 12 venivano praticati gli altri prelevamenti del sangue per il dosaggio della glicemia. Per tutta la durata della prova i pazienti vennero tenuti a digiuno (anche idrico) e a letto. Il dosaggio della glicemia venne sempre eseguito sul plasma, col micrometodo di Bang. La precisione del metodo, dal punto di vista dell'esattezza delle soluzioni, veniva ogni volta controllata di fronte a soluzioni glucosio puro, titolate polarimetricamente: in questi dosaggi di controllo non furono mai registrati scarti superiori a $\pm$ 0,05 %.

Ho eseguito la prova in 34 soggetti, fra cui 9 sani, 13 ammalati di fegato, 8 ammalati di affezioni varie, senza lesioni epatiche, 4 diabetici.

I risultati sono stati nettamente contrari all'utilità pratica del metodo. A suffragio di questa conclusione negativa non è necessario riportare tutti i protocolli delle prove eseguite. Mi limito, quindi, anche per brevità, a riportare i tracciati di 6 individui normali (Tav. I). e di 6 pazienti affetti da lesioni epatiche diffuse di vario tipo (Tav. II).

I 6 soggetti normali di cui riporto le curve glicemiche erano:

1) I. R., ragazza di 22 anni, nubile, cameriera, senza precedenti morbosi ereditari, nè personali, R. W. negativa, urine negative. Attualmente in condizioni di perfetta salute.

2) F. A., di anni 31, meccanico, celibe, scarlattina nell'infanzia, R. W. negativa, urine negative. Attualmente perfettamente sano.

3) R. B., di anni 15, sartina, pubere, nubile, senza precedenti morbosi ereditari, nè personali. R. W. negativa, urine negative. In perfetta salute.

4) F. S., di anni 28, autista, ammogliato. Nulla negli ascendenti; tifo nella infanzia; un figlio sanissimo. R. W. negativa. Urine negative. In perfetta salute.

5) L. G., di anni 23, studente di medicina, celibe. Anamnesi negativa. R. W. negativa. Urine negative. In perfetta salute.

6) R. M., di anni 32, casalinga, sposata. Nulla nell'anamnesi, tre figli viventi e sani. R. W. negativa, urine negative. In perfetta salute.

In questi soggetti, esaminati prima della prova, l'esame fisico del fegato, integrato dalla radioscopia, era stato perfettamente negativo. Non vi erano stati precedenti morbosi notevoli; in atto non vi era nessun disturbo; le donne erano lontane dal periodo mestruale. Le urine non contenevano urobilina ed erano normali anche per contenuto ureico.

Tuttavia tre di essi (i numeri 1, 3, 5) presentarono curve di tipo nettamente « epatico », nel senso di Althausen e C.; in essi caduta del tasso glicemico fu rispettivamente di 67-46-35 mgr. % alla 3ª ora; in tutti e tre la glicemia andò al disotto di 50 mgr. %; nel n. 3 comparvero persino dei disturbi da ipoglicemia che richiesero un intervento immediato e diedero qualche apprensione.

I 6 ammalati di fegato di cui riporto i tracciati erano:

1° (Curva n. 8). M. B., di anni 47. *Angiocolite cronica* (cirrosi biliare). Ittero persistente; pigmenti biliari e urobilina nelle urine; Hijmans v. d. Berg positiva diretta ed indiretta; non ascite. Prova della glicosuria alimentare positiva.

2° (Curva n. 9). S. P., di anni 48, casalinga, sposata, lues coniugale. *Epatite luetica*, ipertrofica con splenomegalia; aortite luetica con insufficienza valvolare non scompensata. Non ittero, non ascite. Hijmans v. d. Berg positiva indiretta; urobilinuria; R. W. +. Non glicosuria.

3° (Curva n. 10). C. A., di anni 18, studente. Steno insufficienza mitralica (da pregresso reumatismo) in scompenso cronico. *Fegato da stasi cronica.* Subittero. Hijmans v. d. Berg positiva indiretta; urobilinuria marcata e continua; ascite di tipo portale.

TAV. I: NORMALI.

1

2

3

4

5

6

GLICEMIA mgr 0/0

150

100

50

7

CURVA DEI VALORI MEDI :

CADUTA MEDIA DELLA GLICEMIA = 38 mgr.

MINUTI 60 120 180

TAV. II: EPATOPAZIENTI.

8

9

10

11

12

13

14

200

150

100

50

60 120 180

CURVA DEI VALORI MEDI:

CADUTA MEDIA DELLA GLICEMIA 53 mgr %

4° (Curva n. 11). T. A., di anni 40. *Epatite luetica sclerogommosa* in fase atrofica, con ittero e ascite. Hijmans v. d. Berg positiva diretta ed indiretta; coluria e urobilinuria. Prova della glicosuria alimentare positiva.

5° (Curva n. 12). B. G., di anni 53. *Cirrosi epatica atrofica* di Laennec con ascite e versamento pleurico d. Hijmans v. d. Berg positiva indiretta; urobilinuria persistente. Cachessia.

6° (Curva n. 13). *Cirrosi epatica luetica* in fase ipertrofica con splenomegalia; aortite; ascite. Hijmans v. d. Berg positiva indiretta; urobilinuria persistente. Prova della glicosuria alimentare positiva.

Per riassumere, si trattava in tutti questi casi di lesioni epatiche diffuse ed avanzate, in 4 con ascite portale, in tre con ittero, in tutti con iperbilirubinemia (Hijmans v. d. Berg indiretta positiva) e urobilinuria persistente.

In quanti di questi ammalati la prova di Althausen diede risultato positivo? (v. Tav. II). Nel n. 8, in cui la caduta del tasso glicemico fu di 53 mgr. %, e si ebbero disturbi ipoglicemici, e nel n. 9, in cui la caduta fu di 146 mgr. %: in questo caso, però, l'elevato valore glicemico iniziale (gr. 2,10 %) rende perplessi, secondo un'avvertenza dello stesso Althausen, nella valutazione del risultato della prova. Il n. 10 sta, si potrebbe dire, ai limiti superiori della norma, con una caduta di 43 mgr. %; il n. 13, che dà una curva somigliante a quelle « epatiche » di tipo iper-ipoglicemico descritte dagli AA., in realtà deve considerarsi come negativo, in quanto la caduta della glicemia si limita a 32 mgr. %.

Ma vi è di più: i n. 11 e 12, che rappresentano le curve delle due lesioni epatiche più gravi e più avanzate del gruppo, danno risultati perfettamente negativi (ipoglicemia, rispettivamente, di 31 e 22 mgr. %). Confrontando fra loro le curve dei valori medi ottenuti nel gruppo normali (grafico 7) e nel gruppo epatici (grafico 14) effettivamente si rinviene una differenza quantitativa, in quanto l'abbassamento medio della glicemia è di 38 mgr. fra i normali, di 53 fra gli epatici.

Però in questo modo la prova di Althausen non risponde affatto al suo scopo principale, che era appunto quello di sottrarsi a questa obiezione, che limita moltissimo il valore pratico delle varie prove di funzionalità epatica: senza dire che se si toglie dal gruppo epatopazienti il tracciato n. 9, che a rigore secondo Althausen dovrebbe togliersi per il troppo elevato tasso glicemico iniziale, anche la differenza tra i valori medi si perde, discendendo la caduta della glicemia fra gli epatici a 36 mgr. % (rispetto a 38 fra i normali).

Ad ogni modo, il fatto grossolano che emerge dai miei risultati, e che autorizza a concludere per lo scarso valore pratico della prova di Althausen, è che curve glicemiche di « tipo epatico » si possono registrare in soggetti normali, mentre per contro curve di tipo normale possono registrarsi in ammalati di lesioni epatiche clinicamente ed anatomicamente estreme.

D'altronde, anche « a priori » l'esame dei risultati ottenuti dagli stessi Althausen, Gunther, Lagen e Kerr quà e là lascia scarsamente convinti. Secondo tali risultati, per esempio, in 5 casi di « cirrosi tossica » la prova ebbe risultato negativo, secondo gli AA. perchè in queste forme nel fegato si ha, e anatomicamente si constata, la proliferazione di elementi cellulari funzionanti; ed in 7 casi di lesioni *circoscritte* del fegato (metastasi cancerigne, cisti da echinococco) invece, la prova risultò positiva. Ora, lasciando da parte le metastasi cancerigne, in cui la tossicosi cancerosa, per sè, può alterare la cellula epatica, nel caso delle cisti da echinococco, all'infuori dall'intervento di complicazioni suppurative, è ben noto che non si hanno mai disturbi funzionali del fegato.

Nè il fatto che gli AA. trovarono la loro prova concordante con quella del rosa bengala nel 91 % dei loro casi può avere grande valore, sia perchè tale calcolo fu fatto con troppe esclusioni, sia perchè la prova del rosa bengala esplora la funzione di eliminazione del fegato, che non è certamente paragonabile con le funzioni metaboliche.

RIASSUNTO.

L'A. studiò l'utilità pratica della « prova modificata di tolleranza al glucosio » proposta per lo studio della funzionalità epatica da Althausen, Gunther, Lagen e Kerr, e riporta le curve glicemiche ottenute in 6 individui normali e in 6 ammalati di fegato. I risultati ottenuti e descritti autorizzano una conclusione negativa, in quanto fra gli individui normali furono registrate curve di « tipo epatico », e fra gli epatopazienti curve di tipo normale.

La differenza quantitativa descritta dagli AA. invece, risulta nelle curve ottenute coi valori medi dei due gruppi di casi studiati.

BIBLIOGRAFIA.

(1) ALTHAUSEN e KERR. *Endocrinology*, 11, 377, 927.
(2) KLEIN e LANG. M. m. w., 1926, p. 187.
(3) KLEIN. M. K., 1925, pag. 1116.
(4) FERRANNINI L. Atti del 36° Congr. della Soc. Ital. di Med. Inter., 1928; MOLITOR u. PICK. Arch. f. exper. path. u. Pharmacol., 1923, 97, 317; ADLER. Klin. Woch., 1923, 1980; SAXL u. DONATH. Klin. Woch., 1924, 1397.
(5) POZZI A. Policlin., Med., 1931, pag. 435.
(6) MORAWITZ e MANCKE. Klin. Woch., 1932, n. 15,

NOTE E CONTRIBUTI.

LABORATORIO D'IGIENE E DI PROFILASSI DELLA PROVINCIA DI AREZZO.

Direttore: Prof. GIUSEPPE FICAI.

Considerazioni e rilievi su speciali comportamenti sierologici e clinici della sifilide.

Dott. FRANCESCO SEBASTIANI, specialista dermosifilografo.

Si è pensato sino a qualche anno fa, che la sifilide in Italia e all'estero fosse per estinguersi. E non sono mancate pubblicazioni e statistiche da parte di insigni sifilografi con le quali si pose in rilievo la grandissima diminuzione dei contagi nei confronti del subito dopo guerra e la graduale discesa di anno in anno della infezione, sino a doversi ritenere, secondo qualche ricercatore, ormai rara l'osservazione di sifilomi iniziali, nonchè di manifestazioni del periodo secondario. Il fenomeno veniva spiegato con l'uso corrente degli arsenobenzoli per via endovenosa, capaci di rendere asintomatico il paziente dopo pochissime iniezioni, con la rigorosa profilassi, con l'istituzione di sale celtiche, di dispensari, ecc.

Si è anche parlato di modificazioni del virus e del terreno. Senonchè mentre da parte di molti cultori delle discipline venereologiche e sifilografiche si osservava con profonda soddisfazione il risultato della lotta intrapresa contro la grave affezione con le armi alle quali ho pocanzi accennato, Nicolas, Bizzard, Jeanselme ed altri annunciavano di aver costastato come la grande diminuzione dei casi di sifilide, osservata dal 1921 al 1924 anche in Francia, dovesse considerarsi una breve parentesi e di non facile spiegazione.

I casi di sifilide recente infatti osservati nell'Ospedale del S. Louis di Parigi nel 1928 superavano quelli del 1920, forse anno di massima ascesa registrata in Francia! Quasi contemporaneamente Piccardi, Gallia, Martino, Verrotti, Gravagna riscontravano anche in Italia la nuova ripresa dell'infezione sifilitica, come pure tale osservazione faceva il Cappelli nel 1930 e Bertaccini nel 1931.

Il Cappelli aggiungeva inoltre interessanti rilievi fatti in recenti infezioni sifilitiche dal punto di vista clinico. Osservava l'autore come su 67 sifilomi iniziali aveva riscontrato 6 localizzazioni extra-genitali, 6 sifilomi genitali multipli (da 2 a 8 lesioni concomitanti), 2 localizzazioni al meato uretrale, 5 forme a tipo cangrenoso nonchè molti sifilomi « atipici, a carattere pseudo erpetico o nettamente ulcerativo ».

Riferiva poi di avere anche osservato 3 itteri precoci, una nefrite acuta, alcune paralisi periferiche e tanti altri casi di massimo interesse che si prestano a varie considerazioni rese note nel lavoro già pubblicato nel *Dermosifilografo* (anno V, n. 1, genn. 1930).

Anche Radaeli, Nardi e Bernardi hanno osservato di recente vere e proprie atipie sifilitiche.

Ho voluto far precedere alla illustrazione di 22 casi che verrò ora esponendo, le riferite considerazioni che illuminano il medico pratico, il sifilografo, come la sifilide da qualche tempo, e molto più spesso di quello che non si pensi, abbia in molti casi sensibilmente modificato la sua fisonomia clinica ed assunto una virulenta considerevole.

Le mie prime osservazioni si riferiscono a due pazienti ricoverati qualche mese fa in ospedale, perchè affetti da sifiloma cangrenoso della regione inferiore dell'asta. La sintomatologia clinica era confermata dall'esame sierologico (essendo risultata nettamente positiva la R.W.) nonchè dal criterio terapeutico. Ma per quanto i due soggetti fossero subito ricorsi alle nostre cure e d'*emblé* si fosse iniziato la terapia d'assalto con arsenobenzoli per via endovenosa, la malattia presentò caratteri d'estrema gravità. Insorse la febbre che durò circa una diecina di giorni e si ebbe in tutti e due la perforazione dell'uretra tanto che nella minzione, l'orina usciva parte dal meato uretrale, parte dalla perforazione costituitasi nella sede d'impianto del sifiloma iniziale. Dopo circa due mesi di degenza in ospedale e di cura intensiva mista con Neosalvarsan e bismuto, i luetici furono dimessi residuando in loco una vasta cicatrice che in uno finì per determinare un vero ostacolo per la completa erezione. Poco dopo le suaccennate osservazioni si presentava al mio ambulatorio privato una signora, luetica da appena un anno, che accusava delle turbe dispeptiche, nonchè dei violenti dolori alla regione epigastrica, dolori che insorgevano in determinate ore e che non avevano subìto nessun miglioramento nè da un rigoroso regime dietetico, nè dalle comuni cure. L'esame radiografico dell'apparato gastrointestinale non aveva messo in evidenza nulla di patologico, ma era invece risultata nettamente positiva la reazione Wassermann, inda-

gine fatta eseguire per avere avuto la paziente due aborti al terzo mese.

All'esame obiettivo non si erano riscontrate alterazioni degne di rilievo, a carico dei vari apparati. Intrapresa la cura specifica questa dette risultati sorprendenti: i dolori cessarono dopo le prime iniezioni di bismuto, e con grande celerità tutta la fenomenologia scomparve.

Nel luglio 1932 poteva osservare un giovane orologiaio, di anni 24, che luetico recente insieme ad un esantema papulo-pustoloso presentava anche un'albuminuria (2 ‰), la cui totale scomparsa si ebbe col trattamento specifico.

Un'altra osservazione che merita una speciale considerazione si riferisce a 10 pazienti curati durante il mese di settembre 1932, i quali, contagiati da sifilide da una stessa donna, hanno presentato una sintomatologia un po' particolare. I primi tre soggetti che richiamarono la mia attenzione riferivano che dopo 12 o 13 giorni dall'ultimo coito avuto con una medesima donna, era comparsa loro secrezione al solco balano prepuziale accompagnata da edema del prepuzio nonchè da intenso dolore tanto che, essendo poi sopraggiunta la fimosi, erano stati d'urgenza inviati all'ospedale.

Obiettivamente si osservava: fimosi completa, edema del prepuzio, secrezione giallastra. Qualche giorno dopo visitavo al mio ambulatorio due giovani i quali presentavano la identica sintomatologia dei casi precedenti: fimosi, balano postite, e soggettivamente accusavano forte dolore alle regioni malate. Dall'anamnesi potei sapere la fonte del contagio e trattandosi di una prostituta questa venne ricoverata al reparto celtico dell'ospedale. Alla paziente fu riscontrata nella regione perianale, in una piega di un sacculo emorroidario prospiciente, una papula sifilitica, rotondeggiante, ulcerosa. Altri 5 soggetti che capitarono sotto la mia osservazione alla distanza di 3 o 4 giorni dagli ultimi e con la identica storia per la fonte di contagio, incubazione, sintomatologia, mi fecero pensare che tale evoluzione dell'affezione sifilitica, era dovuta senza dubbio, ad un'associazione fuso-spirillare nonchè a qualche altro germe volgare a sede abituale nella mucosa rettale.

L'esame microscopico degli essudati balano prepuziali dei malati presi in esame ha posto in evidenza (esame a fresco con il paraboloide, preparati colorati con il Fontana Tribondeau, con la fucsina carbolica, ecc.) forme nettamente interpretabili come « treponema pallidum » e forme spirillari ad ondulazioni ampie, irregolari, come in alcune spirochete buccali. Accanto a queste erano numerosi grossi elementi fusiformi ed elementi cocciformi e diplococciformi. È lecito ritenere che ci siamo trovati di fronte a vere e proprie *associazioni microbiche* che spiegano la sintomatologia clinica.

L'ultima osservazione si riferisce ad una prostituta ricoverata tuttora in ospedale la quale presentò una classica meningite sifilitica acuta: rigidità della nuca, segno di Kering, ventre a barca. Praticata la puntura lombare si ebbe la reazione di Wassermann nel liquor nettamente positiva. La cura con frizioni mercuriali attenuò la sintomatologia con molta rapidità e attualmente la paziente è quasi ristabilita.

Anche dalla esposizione sia pur sommaria dei casi capitati alla mia osservazione in pochi mesi, ma, a mio parere tutti interessanti, si viene sempre più a confermare quanto è già stato detto da molti ricercatori: che la sifilide non sia affatto morente o in via di scomparire e che le cause su questa ripresa non debbono ricercarsi solo o nell'aumento della prostituzione clandestina, nell'uso *limitato* degli arseno benzoli, nella diminuita profilassi o in altri fattori contingentali, ma debbono trovare la loro spiegazione nell'accentuata virulenza dello spirocheta, spesso arseno mercuro resistente, nei decorsi atipici non sempre facilmente diagnosticabili all'inizio, e nella speciale predilezione della lues verso gli organi interni.

Il Cappelli circa tre anni fa in una conferenza sulla evoluzione storica della sifilide, ad un certo punto così si esprimeva:

« Non credo di andare errato prospettando « la supposizione che forse ci troviamo ad una « svolta della evoluzione della sifilide, che for- « se comincia un'êra clinica la quale merita « tutta la nostra più fine, più accurata atten- « zione ».

Le osservazioni così frequenti, di sifilografi, medici pratici che portano il loro contributo su manifestazioni luetiche atipiche diagnosticate qualche volta solo per la coesistenza di altre lesioni concomitanti o per sussidi con esami sierologici, bacteriologici devono richiamare tutta la nostra attenzione per indagare le cause reali di questi nuovi comportamenti nella rifioritura dell'infezione sifilitica.

Non si erra affermando « nuovi comportamenti » che si manifestano anche con straordinaria frequenza nei responsi sierologici e bacteriologici. Nel Laboratorio d'Igiene e Profilassi di Arezzo, che per essere provinciale costituisce un centro importantissimo d'osservazione e dove si eseguono centinaia di reazioni di Wassermann ogni anno nonchè altrettante reazioni di flocculazione, già da qualche tempo si era constatato la frequente discordanza tra sintomatologia clinica e siero reazione, sia nel sangue come nel liquor dei luetici. Spesse volte di fronte a pazienti con classiche manifestazioni sifilitiche in periodo secondario essendosi avuta la R. W. muta, è stato ripetuto l'esame cambiando gli antigeni, ma si è avuto il medesimo risultato negativo.

Il fatto certamente non nuovo non avrebbe richiamato l'attenzione se si fosse verificato con quella rara percentualità già cognita a sifilografi e sierologi e per il quale sono state invocate diverse teorie (mancanza di anticorpi specifici, ecc.). Ma quando un tale risultato, così discordante, si verifica con certa frequenza, quando in altri casi capitati in uno stesso periodo, la R. W. ha dato invece precocissimamente risultati nettamente positivi, viene da domandarsi il perchè di questo comportamento così frequentemente contradittorio tra sierologia a clinica, tra periodo d'incubazione a manifestazioni. Tre constatazioni importanti, già rilevate anche da altri autori, e prese in considerazione all'inizio del lavoro, possono essere addotte per spiegare, almeno parzialmente, tale comportamento e precisamente: la speciale virulenza dello spirocheta, l'atipia clinica, l'organotropismo.

La *speciale virulenza* dell'infezione sifilitica, attualmente dimostratasi, può riportarsi a varie cause: Anzitutto può essere, nel ciclo biologico dello spirochete, il correspettivo di quanto è ben noto per altri elementi del mondo microscopico. Vi sono recrudescenze della virulenza del germe, ad esempio, della malaria messe in evidenza dal Celli in numerosissimi lavori che si possano verificare a distanza di pochi anni.

Non vi è alcun motivo che a tale legge si sottragga lo spirochete, che, infine, ha dimostrato tale tendenza pur quando era ignorato: si ricordino ad esempio le osservazioni lontane del Pellizzari.

Vi è poi la possibilità di variazioni di virulenza del germe legate ai nuovi sistemi di cura ed al pabulum diverso che l'ospite offre al treponema oggi che larghe *applicazioni sierologiche, immumibologiche, han cambiato lo stato umorale di gran parte della umanità.*

D'altra parte di fronte ad una malattia che per eccellenza dà variazioni umorali, si può escludere come sopra accennato che le largamente diffuse cure sieroterapiche, vaccinoterapiche, ecc. ecc. applicate a tante malattie, non abbiano modificato i meccanismi immunitari e nel caso speciale il meccanismo di produzione di quegli anticorpi che indiscutibilmente sono la barriera prima apposta al virus luetico. Questo indipendentemente dal contributo che in tal senso può portare la *cura precoce*, forse semplice miraggio verso il quale per lunghi anni corse la sifiloiatria.

E non potremmo anche invocare la minor resistenza dell'organismo della generazione attualmente presa di mira dalla infezione, minato spesso dagli effetti dei disagi della vita di trincea, delle malattie ivi contratte, dalle privazioni del periodo bellico, dalla vita certo meno morigerata (alcoolismo ad esempio) che i subiti guadagni instituirono ovunque, nelle classi popolari particolarmente, negli ultimi anni di guerra e nel dopoguerra, fino alla crisi economica mondiale?

Per quanto riguarda la *diffusione maggiore*, oltre l'accresciuta virulenza, come sopra giustificata, numerose causali si prospettano.

La maggior rilassatezza dei costumi, gli entusiasmi per le nuove cure, credute il toccasana, applicate *insufficientemente* o *impropriamente*, il commercialismo entrato nella pratica delle reazioni diagnostiche e la fede cieca sulla assenza d'infezione per un reperto negativo affermato, non possono essere altre cause di un aumento di contagi?

L'atipia-clinica può anche risentire di tutte le innumeri cause che si possono invocare per le variazioni nella virulenza; ma non va dimenticata, forse, anche la sede della infezione che apre spesso l'adito anche a germi di natura ben diversa dello spirochete, capaci di preparare un *terreno* non comune. Nella casistica si è parlato spesso di localizzazioni anali, orali, ecc. Ma queste aperture naturali son focolai possibili di germi ben diversi e capaci di effetti differenti da quelli del virus luetico: e l'associazione batterica non può portare ad effetti inusitati, a localizzazioni in organi lontani a speciali reperti clinici, sierologici, istopatologici?

L'organotropismo può ricercare già nelle considerazioni or ora fatte una sua causale, co-

me può ricercarne sulle induzioni accennate per intendere l'accrescersi della virulenza.

Ma tutte le cause di ordine sociale (infralimento della razza cui oggi fortunatamente e mirabilmente si reagisce) e di ordine epidemiologico (diffusione di malattie acute e croniche interessanti vari visceri), il diffondersi d'intossicazioni (alcool ad esempio) capaci di portare la loro potenza nociva su organi determinati, l'uso speciale di mezzi terapeutici non indifferenti per altri organi (reni ad esempio) e così di seguito non possono spingerci a cercare la causa dell'organotropismo osservato in alcuno dei *locus minoris resistentiae* creati da tali condizioni morbigene?

Però, per addivenire ad una conclusione che evidentemente non potrà essere altra che di ordine generale, riteniamo che il problema, che è l'oggetto di questa nota, debba essere considerato e studiato da un punto di vista più alto, di biologia generale.

Già Celli, in uno degli ultimi lavori da lui pubblicati scriveva: « Sempre più si studia e si ristudia l'azione patogena dei germi nei suoi diversi rapporti con l'organismo colpito, e cioè sotto le varie forme di refrettarietà od immunità, di ipersensibilità od anafilassi, di virulenza o tossicità nelle sue rispettive fasi della attenuazione fino all'estinzione e dell'esaltazione fino alla ipervirulenza od ipertossicità. Fu però finora trascurato lo studio di un'altra proprietà analoga, non meno fondamentale e secondo me non meno intrinseca degli stessi germi morbigeni, qual'è la loro azione patogena non individuale ma collettiva, non cioè su di un organismo o individuo, ma su di una agglomerazione di individui od animali della stessa specie ».

Ogni episodio epidemico fu considerato *quod numerum* dei colpiti, *quod locum, quod tempus*. E nei primi del 500 Girolamo Fracastoro scriveva che:

« Primum illud mirum vider non debet novos atque insolitos morbos certis temporibus apparere, non quidem delatos ab una regione ad aliam, sed *suis causis exortos*. Hic idem morbus interibit et extinguatur; mox etiam et nepotibus nostris rursus videndus renascetur, quemadmodum et praeteritis aetatibus visum a majoribus nostris fuisse credendum est, de quo non pauca inditia etiam nunc sunt ».

Si delinea quindi fin dal 500 una mirabile intuizione nell'andamento ciclico delle malattie infettive, andamenti periodici che richiamarono l'attenzione dei medici sin dall'epoche più remote. (In questo argomento nel sopracitato lavoro del Celli, si potrà trovare una estesa bibliografia alla quale rimandiamo quanti abbiano desiderio di approfondirlo. *Annali d'Igiene Sperimentale* (1913).

Anzi a proposito della sifilide, malattia che ci interessa, ci piace riportare a titolo di conclusione quanto lo stesso Fracastoro scriveva nel 1500.

« Hunc tamen morbum (gallicum) nostro orbi adeo novum familiarissimum, tamen certis regionibus ferunt qui per hispanas navigationes novum mundum comperere, ubi vel plurimum abundat ea contagio non secus ac illa domestica apud nos scabies ».

La sifilide trasportata dunque dall'America in Europa infierì per circa un trentennio: si ebbe infatti una prima e grave epidemia sul finire del Secolo XV e sul cominciare del XVI secolo.

Ma già verso il 1550 Antonio Brasavola scriveva: *Morbus gallicus est in declinatione universali* ed anzi credeva che scomparisse. Ma giustamente il Fracastoro non divideva questo ottimismo. Le malattie infettive vanno soggette alla legge universale del ritmo (Celli) e presentano nel loro decorso cicli periodici. Secondo Celli per spiegare tali cicli non basta invocare le immunità, le predisposizioni organiche ereditarie, naturali o acquisite, le condizioni di tempo e di luogo, quelle economico-sociali, ecc.

« La ragione intima deve ricercarsi in altre, « purtroppo oscure, leggi di biologia generale, « che regolano le meravigliose proprietà biolo- « giche del microcomo dei germi patogeni nel « quale è insita la causa prima delle variazioni « epidemiologiche e cliniche della lues ». Gli studi recenti nelle mutazioni batteriche, se potranno essere applicati anche al treponema pallidum, forse apporteranno luce in questo oscuro interessantissimo problema.

RIASSUNTO.

L'A., illustrando sommariamente 22 casi di sifilide in soggetti capitati sotto la sua osservazione, ne trae argomento, data la tipicità morfologica, la non comune sintomatologia clinica, la non frequente localizzazione, per esporre in una breve nota alcune considerazioni d'indole generale. Discute sulle cause probabili della particolare virulenza dello spirochete e dell'organotropismo, e mette inoltre in rilievo alcuni discordanti responsi tra sierologia e clinica nei casi in parola, concludendo come oggi la lues abbia in molti casi totalmente cambiato la sua fisionomia.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE ELENA DI SAVOIA - TREVISO.
DIVISIONE CHIRURGICA.
diretta dal Prof. D. CALZAVARA.

Fibromioma libero nel cavo peritoneale.

Dott. ALDO CESTER, aiuto.

È notorio che fibromiomi sviluppatisi da svariati organi addominali possono, per torsione e rottura del peduncolo, cadere liberi nel cavo peritoneale.

In tal caso essi possono cadere in necrosi totale, oppure no, a seconda che si sono in precedenza costituite delle vie secondarie suppletive di vascolarizzazione fra essi e gli organi viciniori.

Tale seconda evenienza, per quanto ricordata nei trattati, in realtà si presenta assai di rado. L'esame della letteratura relativa ne dimostra la scarsissima frequenza.

In ogni caso tali tumori danno luogo a notevoli e quasi insormontabili difficoltà diagnostiche, e la stessa biopsia operatoria non riesce sempre ad orientarci sulla loro natura ed origine; natura ed origine che solo possono venire poi spiegate dagli ulteriori esami istopatologici.

Non sarà qundi priva d'interesse l'esposizione di un caso di tal genere presentatosi in questa divisione chirurgica nel luglio 1930.

B. G., di anni 46, da Povegliano, entrata il 13-7-1930, contadina, coniugata.

Nulla al gentilizio. Sviluppo psichico e somatico normali.

Mestruazioni iniziate a 14 anni, sempre regolari in seguito.

Non malattie pregresse degne di nota.

Da un anno la paziente notò l'addome tumefarsi lentamente e progressivamente senza accusare alcun dolore; le mestruazioni si sono fatte più frequenti e compaiono ogni 10-12 giorni e talmente abbondanti da ridurre l'ammalata ad uno stato di profonda anemia e di spiccata denutrizione.

Alvo stitico. Minzione regolare. Non febbre.

E. O. Soggetto di costituzione scheletrica normale.

Cute giallastra, mucose visibili pallide. Pannicolo adiposo scarso. Masse muscolari ipotoniche ed ipotrofiche. Polso ritmico, piccolo, frequente. Temperatura 36,5-36,8.

Capo, collo, torace: nulla di notevole..

Addome: globoso, notevolmente sollevato in corrispondenza delle regioni meso- ed ipogastrica da una intumescenza rotondeggiante che visibilmente si sposta durante i movimenti respiratori.

Alla palpazione si constata la presenza di un tumore intraperitonale indolente, indolorabile, grosso quanto una testa di adulto, di forma rotondeggiante, a superficie bernoccoluta, di consistenza carnosa uniforme, mobile così da poter essere indifferentemente sospinto in tutti i quadranti addominali.

Organi ipocondriaci e stomacc ptosici.

Ptosi renale bilaterale.

Esame ginecologico: genitali esterni di pluripara.

Prolasso genitale di secondo grado con cistocele predominante.

L'utero è ingrossato, di consistenza assai molle, poco dolente, annessi normali, prolassati nel Douglas. Non si riesce a mettere in evidenza connessioni del tumore coll'apparato genitale.

Esame delle urine: negativo.

Esame del sangue: Emometria al Fleisch 35 %; globuli rossi 2.300.000; globuli bianchi 7000. Formula leucocitaria: normale.

L'esame radiologico del tubo digerente dimostra che il tumore non è in diretto rapporto coll'intestino, però esso sposta il ceco fortemente a destra ed il traverso in alto.

Viene operata il 4-7-1930 in anestesia morfioeterea ben tollerata.

Laparotomia mediana sottombellicale. Aperto il peritoneo, si estrae una voluminosa massa tumorale, grande come una grossa testa di adulto, in parte aderente, per briglie fibrose, al colon trasverso ed al sigma. Una sottile e lunga briglia unisce il tumore al fondo dell'utero. La superficie della massa tumorale si presenta percorsa da vasi turgidi e serpiginosi, in parte pulsanti, che si continuano con quelli, pure fortemente dilatati, del grande epiploon il quale, con la sua porzione inferiore, si stende a ricoprire il polo superiore e parte della faccia anteriore del tumore. Le aderenze col colon e coll'utero sembrano sprovviste di vasi. Sezionate le aderenze epiploiche ed i peduncoli vasali fra coppie di Kocher, si estirpa il tumore.

Segue peritoneizzazione delle superfici viscerali ed omentali cruentate; sutura a strati delle pareti addominali in catgut, affrontamento dei lembi cutanei con seta ed agraphes.

Decorso post-operatorio normale. Esce guarita il 24-8-1930.

Esame anatomo-patologico. — Trattasi di un voluminoso tumore solido di forma irregolarmente ovoidale, lungo secondo il diametro massimo centimetri 28 e del massimo spessore di centimetri 20. Ha superficie bernoccoluta, di aspetto grigio rossastro, in taluni punti rosso-violaceo. La superficie del tumore è percorsa da un fitto groviglio di vasi, alcuni dei quali oltrepassano il calibro di un centimetro, tortuosi, turgidi, qua e là varicosi, che dànno quasi l'impressione di un caput Medusae (v. fig. 1).

Tali vasi prevengono dal grande omento il quale in numerosi punti si addossa ed aderisce strettamente al tumore.

Il tumore prende connessioni principalmente col grande epiploon che lo ricopre per quasi tutta la sua faccia anteriore ed il polo superiore; in basso ed a destra è collegato da una fimbria connettiva al legamento largo destro, in vicinanza della porzione istmica della tuba corrispondente, ed alla faccia posteriore dell'utero. Tale fimbria però è assai sottile e scarsamente vascolarizzata. La irrorazione del tumore appare quindi esclusivamente dovuta ai vasi dell'epiploon aderente.

Il tumore è di consistenza carnosa, omogenea; il suo peso è di kg. 2,850.

Sulla superficie di taglio si presenta rivestito da una capsula fibrosa, dello spessore variabile da 1 a 3 millimitri; al disotto della capsula si nota uno strato d'aspetto tipicamente fibromatoso, e verso il centro si osserva che, accanto a zone di aspetto compatto, ne esistono altre di aspetto necrotico, giallo-rosso, facilmente disgregabili.

Si prelevano per l'esame istologico frammenti del tumore nelle varie zone.

Esame istologico. — Osservando i preparati allestiti coi comuni metodi a piccolo ingrandimento e procedendo dall'esterno si constata come la massa sia fornita di una capsula di aspetto lamellare, polistratificata, di spessore discreto. Tale capsula in alcuni punti si continua verso l'interno, con una sottile zona di connettivo areolare ricco di

FIG. 1.

FIG. 2.

spazi linfatici invasi da cellule d'infiltrazione flogistica, in altri punti la capsula si continua direttamente con la massa del tumore.

Qua e là, subito sotto la capsula, si notano pure stravasi di sangue, più o meno grandi, di data recente, costituiti da globuli rossi ben conservati.

All'esterno la massa tumorale è costituita essenzialmente da fascetti di fibrocellule muscolari liscie intrecciantesi fra loro in varia guisa e da esili tralci connettivi, alternantisi a numerosi spazi linfatici fissurali, nei quali si notano scarsi elementi di infiltrazione, per lo più linfociti, scarsissimi polinucleati neutrofili e cellule plasmatiche. Procedendo nell'osservazione verso il mezzo, va aumentando la consistenza della neoplasia, cioè si ha una diminuzione delle fessure linfatiche e vascolari, e concomitante aumento del tessuto miomatoso (v. fig. 2).

Parallelamente a quest'ultimo aumenta anche il connettivo, per cui non si ha più un intreccio di sole fibre muscolari, ma una forma mista, fibromiomatosa. Sono fascetti muscolari e connettivi che ben si differenziano tra di loro colle colorazioni metacromatiche, intrecciantisi in varia guisa nella parte maggiore della massa tumorale, lasciando qua e là tra di loro piccole fessure o spazi occupati da sostanza amorfa. Qui il tessuto è discretamente irrorato da vasi sanguigni a parete ben costrutta, vi sono sparsi pochi elementi d'infiltrazione parvicellulare e qualche focolaietto emorragico.

Verso il centro del tumore invece l'aspetto va modificandosi per l'esistenza di fatti necrobiotici.

La difficoltà del circolo, e quindi della nutrizione si fa sentire qui più che altrove; si osservano vaste zone di emorragie pregresse, come pure centri di rammollimento necrotico (fig. 3).

Tra i fasci si vanno da prima delimitando fessure linfatiche ampie, mentre persistono i vasi in piccola quantità, ed elementi d'infiltrazione più numerosi che in altri punti. Si arriva in alcune zone alla formazione di stravasi cospicui, di data non recente, quasi capsulati, innicchiati cioè a tutto spessore nella massa neoplastica, altri invece sono diffusi tra i fasci.

All'interno di queste zone sonvi in numero cospicuo cellule pigmentifere, grosse, rotondeggianti, con numerose granulazioni protoplasmatiche. Sono pure presenti, all'intorno e dentro, cellule d'infiltrazione, mai però riunite a gruppetti. Vi sono sparsi qua e là anche vari globuli rossi, alcuni ben conservati, altri in via di degenerazione.

Sulla morfologia cellulare neoplastica è da osservare prima di tutto un certo grado di tumefazione torbida degli elementi nelle zone centrali, caratterizzato da difficoltà tintoriali.

Non molto evidenti fatti di vacuolizzazione nucleare stanno a dimostrare la differenza di questi elementi. I nuclei, specie muscolari, non si presentano più con la forma allungata ovoidale caratteristica, ma sono a contorni sfumati, indecisi, alcuni globosi, altri torti, sempre scarsamente tingibili. Questi fatti, indici di regressione, non sono invece apprezzabili nelle zone periferiche e mediane del tumore, là ove le cellule sono ben conformate e senza nessun carattere di atipia che possa far sospettare una forma neoplastica maligna iniziale.

Da tutti i dati suddescritti emerge quindi chiaramente la diagnosi istologica di fibromioma.

FIG. 3.

Da dove deve ritenersi sorto il fibromioma in esame?

Dato che i fibromiomi intraddominali, nella loro maggioranza, provengono dall'utero e dato che i fibromiomi liberi, di regola, sono dei tumori sottosierosi originariamente peduncolati, nei quali è avvenuta la torsione e rottura del peduncolo, sembra di poter ritenere che anche il nostro abbia un'eguale origine.

Tanto più che si sono riscontrate alcune briglie connettive e fibrose che univano il tumore all'apparato genitale (legamento largo).

In via subordinata si potrebbe anche pensare ad uno sviluppo del fibromioma da parte dell'epiploon, e specialmente dai vasi di esso, ma la situazione delle connessioni fra tumore ed epiploon e precisamente il fatto che l'epiploon aderiva al tumore col suo lembo inferiore libero, disposizione che si rileva costantemente in tutti i casi nei quali l'aderenza fra tumore ed epiploon è secondaria, ci fa ritenere più probabile che il tumore si sia sviluppato a carico di una porzione qualunque dell'apparato genitale e che, divenuto libero nel cavo peritoneale, si sieno stabilite delle connessioni vascolari tra esso e l'epiploon così da assicurarne, almeno parzialmente, la nutrizione.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di fibromioma libero nel cavo peritoneale, nutrito di aderenze epiploiche, che egli ritiene come un fibromioma uterino originariamente sottosieroso, staccatosi secondariamente per torsione e rottura del peduncolo.

Fa notare la rarità dei casi consimili e le difficoltà diagnostiche che essi presentano.

BIBLIOGRAFIA.

I. ARMEICH. *Seltene Myome.* (Wien). Archiv. Klin. Chir., 160, 674, 679, 1930. Rif. Zentralblatt für Chir., n. 11, pag. 692, 1931.

BARBACCI. *I tumori.* Vallardi, Milano, 1915, p. 221.

FAURE J. e SIREDEY. *Traité de Gynécologie*, Paris, Doin, 1923.

KELLER. *L'étranglement des fybromes pédicules.* Bulletin de la Société d'Obstetrique et de Ginécologie de Paris, n. 7, luglio 1928.

LUCCHESE G. *Fibromioma uterino staccato dall'origine e nutrito da aderenze alle anse intestinali.* Clinica Ostetrica, n. 1, 1933. (Contiene un indice bibliografico di 24 voci).

S. MARSALEK. *Extrauterine Fibromjome.* Bratislav. lek. Listy, 1929, n. 1. Rif. in Zentralblat für Gynäcologie, 1930, n. 44.

PATEL et DENIS *Nécrobiose des fibromes utérines.* Gynécologie et Obstétrique, n. 3, 1928, pag. 161.

OSPEDALI RIUNITI DI VOLTERRA.
Direttore: Prof. A. MIROLLI.

Su di un caso di lipoma intramuscolare

Dott. PIERO BENINI.

La relativa rarità dei lipomi intramuscolari mi ha spinto a pubblicare un caso capitato sotto la mia osservazione, di lipoma incluso fra le fibre del m. grande obliquo.

Nella letteratura noi ne troviamo citati pochissimi casi e questo numero diventa ancor più esiguo se fra questi casi veniamo a distinguere i lipomi che si formano nello spessore dei muscoli, e quindi veramente intramuscolari, da quelli che si sviluppano fra un muscolo e l'altro o fra i diversi capi di un muscolo e che dovrebbero chiamarsi intermuscolari e quindi tolti dalla statistica degli intramuscolari.

Infatti, oltre alla sede, differente è anche l'origine che negli intermuscolari è data dal grasso interposto fra i muscoli, mentre negli intramuscolari è dovuta alle cellule adipose del perimisio.

Le localizzazioni più frequenti dei lipomi intramuscolari sono nel quadricipite femorale e nella lingua: È appunto della lingua il primo lipoma intramuscolare descritto nella letteratura dal Maisonneuve verso la metà del secolo XIX.

Si pensa che questo organo sia maggiormente colpito perchè fra i suoi fasci muscolari si trova maggior quantità di grasso che negli altri muscoli.

Seguono, in ordine di frequenza le localizzazioni nel sartorio e nel gran pettorale.

Ho trovato citato un caso di localizzazione nel muscolo grande dorsale e uno in un muscolo del braccio, credo che questo che io vengo a descrivere sia il primo lipoma intramuscolare citato del grande obliquo.

Riguardo a l'etiologia ben poco si può dire: qualche volta sembra che traumatismi ripetuti abbiano favorito lo sviluppo di un lipoma.

Marchison ammette l'ereditarietà, ma dato il gran numero di questa forma tumorale non si può dire se questa ipotesi possa reggere.

In generale l'etiologia dei lipomi ci è ignota.

Maria B., anni 56, da Volterra.

Nell'anamnesi d'interessante non troviamo che un rene mobile conseguente ad un parto. Da circa due mesi la paziente avvertiva una dolenzia in corrispondenza delle ultime coste di destra sull'ascellare media.

Fattasi vedere da un Sanitario, questi riscontrò una tumefazione della grandezza di un piccolo uovo di gallina e dispose per l'invio in ospedale.

All'E. O. si trova una donna in buone condizioni generali senza alterazioni apprezzabili a carico dei vari apparati.

Non ghiandole apprezzabili nelle comuni stazioni linfatiche. Buono stato di sanguificazione. Temperatura normale.

In una zona compresa fra l'ascellare ant. e quella post. e fra la IX e l'XI vertebra dell'emitorace di destra, presenta un intumescenza di una grossezza di un piccolo uovo di gallina non dolente alla palpazione.

Sulla intum. la cute e il sottocute sono sollevabili in pliche. La intumesc. è spostabile sia in senso verticale che in senso antero-posteriore.

Essa ha una superficie apparentemente liscia

e una consistenza piuttosto dura per quanto non lapidea.

Non è possibile mettere in evidenza il fenomeno della faccia piana posteriore. Invitando la malata a contrarre il m. grande obliquo, il tumore si fissa e non è più possibile imprimere al medesimo i movimenti di cui era dotato a muscoli rilasciati.

Per avvalorare il sospetto insorto dall'esame obbiettivo locale della eventuale esistenza di un tumore lipomatoso, si pensò di ricorrere all'esame radioscopico dapprima, e poi a quello radiografico col quale si dimostrò che esisteva al di fuori del piano costale, ed al disotto dei piani superficiali della base della regione toracica laterale destra, una formazione nettamente visibile sul radiogramma, che si contraddistingueva dai piani circostanti per una maggiore trasparenza.

Vista sul radiogramma, questa zona di maggior trasparenza, si estendeva dalla IX alla XI costa inclusa.

In base a questa sintomatologia, prima di arrivare ad una diagnosi, era necessario stabilire la sede di questa tumefazione, e ciò è stato facile.

Il poter sollevare la cute e il sottocutaneo in pliche sopra la massa, la spostabilità di essa in tutti i sensi, mentre i muscoli erano rilasciati e la sua fissità, durante le contrazioni muscolari, ci assicuravano che questa tumefazione era endomuscolare.

Che non avesse connessioni col piano osseo ci era indicato dalla sua spostabilità.

Stabilita la sede endomuscolare della tumefazione, prima di pensare ad un caso, che abbiamo detto molto raro di lipoma intramuscolare, era doveroso escludere altre affezioni frequenti che potevano in qualche modo affacciarsi al nostro criterio diagnostico.

La sua mancanza di connessioni col piano scheletrico escludeva che l'affezione fosse d'origine ossea.

Si sarebbe potuto pensare a raccolte liquide dovute a formazioni cistiche, frequenti nei muscoli, come quelle da echinococco o da cisticerco, ma l'esame radiografico che in tali casi mostra una massa di maggiore opacità, ci fa escludere tale ipotesi perchè nel radiogramma, al nostro caso, ci fa vedere che tale massa è rappresentata da una zona più chiara dei tessuti che la circondano.

Abbiamo potuto escludere una affezione ghiandolare, perchè in tale sede non vi sono ghiandole.

Anche una probabile forma specifica muscolare si poteva escludere, perchè si sarebbe dovuto rintracciare come avviene quasi sempre, qualche precedente tubercolare e si sarebbe dovuto avere un reperto radiologico molto differente da quello ottenuto.

Non rimaneva quindi che pensare ad una forma neoplastica ben delimitata, che non dava disturbi, quindi facilmente benigna.

Ora, l'esame radiografico dimostrante i limiti netti e la maggior trasparenza della massa rispetto al tessuto muscolare che la circonda, ci portava a pensare che tale tumore benigno fosse un lipoma perchè tale reperto è proprio dei lipomi.

Mancavano come elementi di certezza per una forma lipomatosa: il segno della faccia piana posteriore descritto dal Taddei e la percezione della lobulazione. Però, siccome questi segni valgono soltanto per i lipomi del sottocutaneo, la loro mancanza non poteva infirmare la nostra diagnosi di lipoma intramuscolare. Ed infatti il reperto chirurgico fu questo:

Operaz.: In eteronarcosi (prof. Mirolli).

Incisione lungo il margine inferiore della X costa, che dall'ascellare posteriore va all'ascellare anteriore, della cute, della tela sottocutanea, della fascia aponeurotica e del muscolo obliquo dell'addome.

Si trova nello spessore delle fibre muscolari del muscolo obliquo esterno dell'addome una tumefazione rotondeggiante fornita di un buon piano di scollamento che si enuclea con facilità.

Sutura a punti staccati in un unico strato del muscolo e della aponeurosi superficiale con catgut e della cute con agrafes.

Il pezzo estirpato della grandezza di un piccolo uovo di gallina è costituito da un lipoma poco lobulato, fornito in tutta la sua superficie da una capsula sottile. Guarig. per prima.

RIASSUNTO.

L'A. illustra un caso di lipoma intramuscolare del muscolo grande obliquo.

BIBLIOGRAFIA.

BEGOUIN, ecc. *Précis del Pathologie Chirurgicale.*
BUFALINI. Il Policlinico, Sez. Chirur., XXXIII, f. 8.
MORICONI. Ibid. XXXIII. Bullettins e Mémoires de la Société del Chirurgie de Marseille, tom. VI, n. 5, maggio 1932.

SUNTI E RASSEGNE.

TISIOLOGIA.

Colture inapparenti ed effimere del virus tubercolare.

(J. VALTIS, G. PAISSEAU e F. VAN DEINSE. *Comptes Rendus de la Soc. de Biologie*, T. CXII, marzo 1933, n. 8, pag. 742).

Gli AA. espongono i risultati delle loro ricerche eseguite in un caso di endocardite reumatica.

Il sangue circolante, prelevato al paziente con puntura venosa, è stato trattato secondo il metodo di Löwenstein e coltivato su tubi di terreno all'uovo-asparagina. I raschiamenti della superficie del mezzo, praticati durante le prime settimane dopo la semina, sono risultati sempre negativi; ma al 40° giorno il prodotto del raschiamento permise di scoprire delle *colonie microscopiche di bacilli acido-resistenti, che fino allora non si erano sviluppate in colonie macroscopicamente visibili.*

Il prodotto del raschiamento bacillifero venne in parte seminato in tubi di terreno di Löwenstein, *che rimasero sterili*, e in parte inoculato sottocute a 2 cavie.

Una di queste cavie, sacrificata dopo 121 giorni, all'autopsia non mostrò nessuna lesione macroscopicamente visibile ed i suoi gangli non contenevano bacilli di Koch. L'altra cavia, morta di malattia intercorrente dopo 250 giorni, non presentò che una adenopatia caseosa dei gangli sotto-epatici e tracheo-bronchiali; nei cui strisci si poterono, però, mettere in evidenza rari bacilli di Koch.

Questi gangli bacilliferi vennero in parte seminati su terreno di Löwenstein *che rimase sterile*, in parte inoculati a 2 cavie, venute a morte una dopo 11, l'altra dopo 12 giorni, per malattia intercorrente.

All'autopsia della cavia morta dopo 11 giorni, si riscontrò una leggera ipertrofia dei gangli inguinali e sotto-lombari ma senza bacilli acido-resistenti. La semina dei gangli su terreno di Löwenstein *dette, però, luogo allo sviluppo di bacilli di Koch*, ravvicinabili a quelli che si isolano da animali trattati con ultravirus tubercolare. L'inoculazione sottocute dei gangli in 2 cavie provocò in questi animali una tipica infezione tubercolare con presenza di bacilli di Koch negli strisci degli organi.

All'autopsia della cavia morta dopo 12 giorni, non venne riscontrata alcuna lesione tubercolare: assenza di bacilli di Koch negli strisci dei gangli. *Semina dei gangli su terreno di Löwenstein, sterile.* Gli organi di questo animale furono iniettati in 2 cavie. Una morì dopo 5 mesi e mezzo senza presentare la benchè minima lesione tubercolare: assenza di bacilli negli strisci dei gangli: sterili le culture su Löwenstein. L'altra, sacrificata dopo 7 mesi, in perfetto stato di salute, presentò un grosso pacchetto di gangli tracheo-bronchiali, duri e non caseosi, contenenti bacilli di Koch.

In conclusione: dal sangue di un fanciullo affetto da endocardite reumatica, gli autori poterono mettere in evidenza un virus tubercolare, che, seminato su terreno di Löwenstein, si sviluppò con caratteristiche biologiche del tutto particolari.

Questo reperto collima con quanto è stato sperimentalmente dimostrato da Sanarelli e A. Alessandrini nella loro recente pubblicazione sull'ultravirus tubercolare (*Annales de l'Inst. Pasteur*, febbr. 1933; *Ann. d'Ig.*, marzo 1933). Questi AA. hanno infatti osservato che le prime fasi evolutive dell'ultravirus tubercolare sono caratterizzate oltrechè da un debole potere patogeno anche da una grande fragilità biologica.

Le prime culture delle forme iniziali e visibili derivate dall'ultravirus o « *protogeni tubercolari* » — com'essi li hanno denominati — sono difficili ad ottenersi.

In alcuni casi, Sanarelli e Alessandrini, seminando su terreno all'uovo il liquido della loggia esterna dei loro duplici sacchetti di collodio, ricco in protogeni, dopo 35, 37 e 47 giorni di incubazione in termostato, hanno potuto osservare la comparsa di culture tubercolari tipiche, costituite da bacilli che, dapprima parzialmente acido-resistenti, hanno in seguito acquistata totalmente l'acido-resistenza.

Ma generalmente, come Sanarelli e Alessandrini, hanno constatato, le semine restano sterili; oppure si hanno risultati parziali, o, per meglio dire, effimeri, consistenti in ciò: che nei terreni all'uovo, seminati 15-30 giorni prima, con sierosità ricca in protogeni tubercolari, si possono ottenere delle micro-culture, invisibili ad occhio nudo, la cui esistenza è rivelata solamente dall'esame microscopico che mostra nel raschiamento della superficie del terreno, la presenza di bacilli, più o meno numerosi, isolati o raggruppati in ammassi, generalmente non acido-resistenti in primo tempo.

Ma questo interessante reperto resta senza seguito, perchè i trapianti su nuovi mezzi rimangono sterili. Queste micro-culture tubercolari, inapparenti ed effimere, scompaiono in pochi giorni. In luogo di accrescersi, regrediscono e nessuna traccia di bacilli, o solo eccezionalmente, si può mettere in evidenza nei preparati microscopici.

Sanarelli e Alessandrini hanno dimostrato ancora che le culture derivate dall'ultravirus tubercolare mostrano dapprima una virulenza assai debole; come pure l'inoculazione nella cavia di sierosità contenente protogeni tubercolari provoca, in generale, un processo morboso mortale, ma ad andamento cronico, caratterizzato da alterazioni anatomiche di natura infiammatoria o caseogena, dalla assenza di

granulomi tubercolari visibili, ma con presenza spesso di bacilli acido-resistenti negli organi. Con passaggi successivi da cavia a cavia si può ottenere in questi animali l'infezione tubercolare classica.

È inutile insistere sulla importanza dei reperti scaturiti da queste indagini, che apportano nuova luce su di un problema quanto mai complesso e dibattuto.

Le nostre attuali conoscenze sul virus tubercolare nei suoi diversi stadî di elementi filtrabili, di « protogeni » e di forme bacillari, oltre a permetterci di stabilire nettamente l'esistenza di un ciclo evolutivo nella biologia del bacillo di Koch, ci consentono anche di renderci ragione della natura tubercolare di certe forme morbose sulla cui etiologia si era del tutto all'oscuro. A. POZZI.

Riflessioni sul ciclo dell'infezione tubercolare umana.

(F. ARLOING e A. DUFOURT. *Presse Méd.*, 14 dicembre 1932).

1) *Il virus tubercolare filtrabile. La sua importanza nella eredità tubercolare e nel determinismo dei processi anatomici e clinici bacillari.* Poco dopo che Calmette, Valtis, Negre e Boquet fornivano la prova che nella femmina della cavia in gestazione l'ultra-virus tubercolare era capace di traversare la placenta per dare origine nei gangli delle cavie neonate a bacilli acido-resistenti, gli AA. potevano dimostrare la trasmissione dell'ultra-virus dalla madre al figlio anche nella specie umana, e ammettevano che la morte di certi lattanti, nati da madre tubercolosa e deceduti in seguito a sindrome di denutrizione progressiva inesplicabile, potesse risultare dalla presenza dell'ultra-virus nel loro organismo.

In verità, però, di fronte alla grande frequenza di questa forma di eredità, essa, dal punto di vista clinico generale, sembra poco inquietante. La clinica infatti dimostra che l'immensa maggioranza dei bambini nati da madre tubercolosa e separati dalla loro madre dalla nascita non divengono tubercolosi.

Nondimeno, è opportuno domandarsi quale importanza abbia per l'organismo di questi bambini l'ultra-virus.

Il tempo di sopravvivenza e la virulenza delle forme filtrabili del bacillo tubercolare sono poco conosciuti e variabili. Gli AA. hanno dimostrato che l'ultra-virus, per quanto cagioni quasi sempre delle lesioni minime, non caseose, consistenti in una semplice ipertrofia ganglionare curabile, possono eccezionalmente, in modo spontaneo o per passaggi successivi da cavia a cavia, acquistare la proprietà di creare delle lesioni caseose banali.

D'altra parte le iniezioni preventive di ultravirus normale agli animali è sembrato agli AA. che procurasse, almeno in certi casi, un accrescimento di resistenza piuttosto che una sensibilizzazione. Tutto considerato, non sembra pertanto che l'eredità dovuta ad ultra-virus predisponga ad una surinfezione tubercolare. Gli AA. hanno anzi una impressione sperimentale e clinica inversa.

Quanto a sapere se il virus filtrabile si conservi indefinitamente nel sistema linfatico, bisogna riconoscere, senza negarla sistematicamente, che questa possibilità non è provata. Non sembra pertanto agli AA. giustificato insegnare che è il virus invisibile che, risvegliandosi nella sua attività e trasformandosi in bacilli dotati di proprietà patogene, provoca lo sviluppo, sia durante l'infanzia, sia più tardi, di lesioni evolutive.

2) *Le tappe evolutive della tubercolosi.* È noto che per Ranke la tubercolosi al suo inizio è costituita da un « *complesso primario* » formato da una lesione di inoculazione e dall'adenopatia satellite. È durante la seconda metà del periodo di prima infezione che si vede ordinariamente svilupparsi la sindrome della tifobacillosi, legata per gli AA. non ad una lesione, ma ad uno stato setticemico, come pensava Landouzy. È ugualmente verso quest'epoca, e quando si prolunga il periodo secondario, che si assiste alla comparsa di lesioni pneumoniche ad evoluzione lenta e curabile, a punto di partenza dai gangli o dalle lesioni di inoculazione, lesioni che vengono designate con il nome di epitubercolosi e che gli AA. chiamano *splenopneumoniti tubercolari.*

Nel corso della prima infezione non si vedono che processi congestivi e granulie. La prima infezione con epitubercolosi guarisce, secondo le statistiche personali degli AA., in 8-9 casi su 10, ma guarisce ben più spesso se si tiene conto di tutte le infezioni misconosciute e larvate.

Quando l'infezione tubercolare prosegue il suo cammino, si arriva allo *stadio secondario di Ranke,* periodo di ipersensibilità dell'organismo al virus tubercolare, in cui si hanno lesioni a distanza (sierose, ossee, articolazioni, ecc.). Si vedono ancora in questo stadio delle *poussées* polmonari che hanno già minore tendenza al riassorbimento spontaneo.

Questo secondo periodo porta poco a poco ad una tappa di immunità relativa, durante la quale, a misura che l'individuo avanza negli anni, i nuovi focolai tubercolari hanno sempre più tendenza a restare localizzati. Si costituisce così il *periodo terziario* del ciclo.

Non c'è dubbio che la concezione di Ranke costituisca solo uno schema, al quale ogni malato imprime una nota personale. Quanto alla durata di ciascun periodo essa è nei singoli casi assai varia.

3) *Relazioni fra le tappe evolutive della tubercolosi e la variabilità morfologica del virus tubercolare.* Se si prende un caso tipo di infezione tubercolare, di attività media, si notano due fatti principali.

1) Le prime lesioni polmonari sono di tipo congestizio, spontaneamente regressive e curabili.

2) Le lesioni ulteriori tendono sempre più ad evolvere verso il tipo fibro-caseoso e verso la caverna.

Non si può d'altra parte non notare che, man mano che le lesioni si allontanano dall'inizio dell'infezione, esse diventano sempre più ricche di bacilli acido-resistenti.

Per spiegare questi fatti, Calmette ammette che il bacillo scoperto da Koch rappresenti solo uno degli stadî di evoluzione e una forma di resistenza del virus tubercolare. Egli propone di distinguere un gruppo di affezioni tubercolari dipendenti dall'ultra-virus, caratterizzate dall'assenza o dalla rarità delle forme normali acido-resistenti, ed un gruppo di tubercolosi in cui queste forme sono costantemente e facilmente rintracciabili. Quest'ultimo gruppo evolve secondo il tipo cronico mentre il primo assume quasi sempre un decorso acuto.

Calmette ha anche proposto il termine di granulemia prebacillare per designare le manifestazioni tubercolari di cui sarebbe responsabile in prima linea l'ultra-virus.

Per Sergent i differenti aspetti morfologici del virus tubercolare si mescolano durante l'evoluzione della tubercolosi umana, per cui un soggetto infestato da bacilli può avere lesioni o manifestazioni cliniche dovute sia al bacillo adulto, sia all'ultra-virus. Vi è associazione o successione delle due forme, secondo i casi. Sergent ammette anche che le lesioni follicolari siano opera del bacillo e le lesioni pneumoniche opera dell'ultra-virus.

Regna in questo campo ancora molta incertezza. Gli AA. ritengono, con Sergent, Arnaud, Kourilsky e Benda, che vi sia una tappa antebacillare virulenta nel corso dell'evouzione della tubercolosi polmonare. Questa tappa deve anche più o meno trovarsi nella maggior parte delle lesioni tubercolari acute, caseose o no, ma non è necessario che essa sia provocata unicamente dalla infezione da ultra-virus.

Bisogna ritenere che l'agente della tubercolosi prende il suo aspetto classico quando invecchia ed ha bisogno di rivestire un'attitudine di difesa, di lottare contro le funzioni antimicrobiche del terreno ambiente.

Il periodo virulento, che precede la comparsa delle forme bacillari acido-resistenti, è per gli AA. sotto la dipendenza del bacillo cianofilo, non acido-resistente, difficile a mettere in evidenza. Il termine « periodo antebacillare », proposto da Sergent, è più propriamente, secondo gli AA., un « periodo ante-bacillo-resistente ».

L'esperimento ha del resto verificato in questi ultimi anni la presenza di bacilli non acido-resistenti nelle lesioni specifiche tubercolari. A. Ch. Hollande e M.me Hollande, iniettando nei conigli dei bacilli virulenti, hanno seguito il ciclo evolutivo dei microbi nell'interno delle cellule dei follicoli tubercolari. Il primo stadio è costituito da un granulo basofilo molto fine che si divide in diplococco. Poi i due granuli formatisi si allontanano l'uno dall'altro restando uniti da un filamento tenue. Il filamento si ispessisce; prima cianofilo, esso si carica in seguito di granuli inizialmente non acido-resistenti, che acquistano ulteriormente la resistenza agli acidi. Segue infine il quarto stadio costituito dal bacillo acido-resistente di Koch con i suoi granuli.

Adattandosi, in forme variabili, al terreno che muta secondo le epoche umorali dell'ospite, il virus tubercolare realizza il ciclo complicato della tubercolosi umana.

C. TOSCANO.

Risultati a distanza dell'alcoolizzazione bilaterale dei nervi intercostali nel trattamento curativo della tubercolosi polmonare.

(S. CIMINO. *Rivista di Pat. e Clin. della Tubercolosi*, 28 febbraio 1933).

L'A. dopo aver passato in rassegna critica i vari metodi di trattamento chirurgico della tbc. polmonare, facendo notare come una buona parte di essi abbiano limitato il loro campo d'azione alle sole forme con lesioni unilaterali, forme che è raro incontrare nella pratica, viene a parlare del metodo proposto dal Leotta nel 1926 e consistente nel paralizzare mediante resezione o mediante alcoolizzazione i nervi intercostali da un lato, dal 2° all'8° incluso.

Varie ragioni hanno indotto il Leotta ad abbandonare la resezione unilaterale e ad adottare invece l'alcoolizzazione bilaterale (dal 3° al 4°), e fra queste la considerazione che le lesioni polmonari sono il più frequentemente bilaterali e che mediante il riposo bilaterale del polmone non è interrotto l'equilibrio statico e funzionale del mediastino e la funzione respiratoria si adatta molto più facilmente alle mutate condizioni dinamiche. Quello dei disturbi funzionali consecutivi è infatti il maggiore appunto da fare a tutti i metodi di collassoterapia, specialmente alla toracoplastica. L'alcoolizzazione bilaterale invece, dà sì un'immobilizzazione di minore estensione ma questa è costante nei due polmoni, è meglio tollerata, e agisce curativamente con maggiore efficacia, perchè evita il *flottement* mediastinico.

Le controindicazioni di questo metodo sono segnate soltanto dalle forme rapidamente evolutive o notevolmente estese, dalle forme fibrose sclerotizzanti, progressive, con forti ripercussioni sulle funzionalità respiratorie, sul piccolo circolo e sul cuore destro; dalla tubercolosi miliare; dalle condizioni di grave decadimento dello stato generale. La vasta diffusione del processo può consentire che le parti sane del parenchima offrano una sufficiente

superficie di ventilazione, indicata dalla capacità vitale.

L'alcoolizzazione bilaterale trova la sua precisa indicazione in tutte quelle forme di tbc. polmonare in cui sarebbe indicato il pnx, ed in cui questo non è attuabile. Per il resto, l'alcoolizzazione bilaterale ha la più tipica e vasta applicazione nei casi di tubercolosi polmonare bilaterale, qualunque sia la forma anatomica e clinica del processo poichè tutte le forme si avvantaggiano del riposo polmonare e della riduzione del grave trauma inspiratorio della tosse.

Si potrebbe obiettare, che il metodo della alcoolizzazione bilaterale, provoca una piccola immobilizzazione senza collasso e che ciò sia a scapito dell'efficacia curativa di detto metodo. Oggi però si ammette da molti AA. che nel meccanismo di azione della collassoterapia il riposo del polmone ha importanza principale, di certo superiore a quella della compressione. Bull ha sostenuto che anche processi polmonari cavitari possono andare incontro a guarigione mercè il solo riposo, senza compressione. Questa compressione risulta poi di dubbia efficacia se si pensa che le vecchie caverne hanno pareti sclerotiche e non facilmente compressibili. A parte la dimostrazione che, anche col pnx, l'immobilità non è mai assoluta mentre invece risulta benefica la semplice riduzione della motilità e della tensione inspiratoria del polmone, su cui si fonda, come è noto, il pnx ipotensivo di Ascoli.

Prima di esporre i risultati ottenuti mediante l'alcoolizzazione bilaterale nella Clinica chirurgica di Palermo, l'A. ricorda come una buona tecnica (di cui ricorda le norme) sia necessaria alla buona riuscita di esso. Sono stati trattati con tale metodo circa duecento malati delle più varie forme di tubercolosi polmonare: l'A. prende in considerazione soltanto 54 casi in cui il trattamento potè essere applicato in modo completo e la relativa osservazione ha potuto essere protratta da quattro mesi a due anni. Dallo studio dei casi trattati risulta come l'immobilizzazione di un emitorace e delle due metà, ottenuta con la paralisi dei muscoli della parete toracica, è assolutamente ben tollerata dagli infermi, semprechè, beninteso, non si usi l'alcoolizzazione nelle forme rapidamente evolutive, le quali controindicano questo metodo, come qualunque procedimento collassoterapico. Di un altro fatto bisogna tener conto e cioè della eccessiva vastità dei processi distruttivi, la quale, anche se non si accompagna a segni generali di una evoluzione florida del male, ha però già condotto l'organismo, per così dire, al limite delle sue esigenze organiche, com'è rilevato dalla facile insorgenza di disturbi molteplici ed intensi (dispnea, tachicardia, ecc.) alla più lieve fatica. Da tale punto di vista sarà bene accertare il limite massimo di tolleranza con la misurazione della capacità vitale. In linea di massima, non vanno nemmeno trattate le forme fibrose progressive sclerotizzanti quando si accompagnano ad enfisema d'alto grado e che si riflettono in modo notevole sulla funzionalità respiratoria, sul piccolo circolo e sul cuore destro.

Durante il trattamento non si son dovuti mai lamentare incidenti gravi. Il dolore, con la caratteristica irradiazione anteriore è ben sopportato e passeggero. L'immobilizzazione toracica non provoca disturbi respiratori notevoli e non determina, nel respiro eupnoico, compensi attraverso l'intervento delle masse muscolari ausiliarie.

Non si è mai vista stabilirsi notevole insufficienza cardiaca, anche in individui nei quali il lungo decorso del male aveva provocato una certa meiopragia cardiaca. Nel periodo immediatamente successivo al trattamento spesso le manifestazioni cliniche della malattia sembrano aggravarsi: aumenta la tosse, l'espettorato si fa più copioso, la temperatura più alta. Tali fenomeni, che del resto si possono osservare in tutte le applicazioni collassoterapiche, sono espressione e conseguenza dell'avvenuta immobilizzazione polmonare: invece di allarmare devono essere valutati come segni utili, ai quali succede, dopo circa una o due settimane, la fase di miglioramento progressivo. Fra le ripercussioni più immediate del trattamento va ricordata la benefica influenza sulle emottisi. Più di un caso, in cui tale complicazione non era stata dominata con i comuni sussidi terapeutici, si è immediatamente giovato del trattamento rapidamente ultimato.

Oggi, nella Clinica di Palermo, l'alcoolizzazione bilaterale è utilizzata e sempre con successo, nel trattamento di urgenza delle emottisi.

I risultati a distanza dell'intervento sono incoraggianti e compaiono dopo una o due settimane, in qualche caso dopo un mese dal trattamento.

La diminuzione della tosse è sempre notevole; l'espettorato, che dapprincipio si era fatto più copioso, si riduce poi progressivamente di quantità, e non di rado, dopo alcuni mesi, non presenta più bacilli di Koch. La temperatura si abbassa e gradatamente si va attenuando lo stato tossiemico; aumenta il peso corporeo, migliorano le condizioni generali. Negli individui trattati, la prima ripercussione a carico dell'apparato respiratorio, è la diminuzione più o meno marcata del murmure vescicolare: ciò indica l'effetto utile della cura e la diminuzione della ventilazione polmonare.

In seguito si modificano gradatamente i processi catarrali dei bronchi: nei casi nei quali si è determinato un netto orientamento della malattia verso la guarigione, oltre al miglioramento dello stato generale, alla scomparsa della febbre e della tosse, si apprezzano modifi-

cazioni molto importanti a carico del processo anatomico, che volge con lentezza, ma decisamente verso l'evoluzione fibrosclerosa.

I 54 casi di tubercolosi polmonare bilaterale, di cui riferisce l'A. erano tutti casi gravi, per lo stato avanzatissimo della malattia e per la vasta estensione del processo.

In due dei casi trattati il processo morboso non parve affatto influenzato e dopo circa un mese si ebbe riaccensione acuta del male: in quattro la malattia ebbe una sosta ma poi progredì rapidamente: in undici malati ancora viventi, non fu notato alcun beneficio evidente. Negli altri invece l'alcoolizzazione bilaterale ha dato risultati notevoli: aumento del peso corporeo, diminuzione della tosse, dell'espettorato, della febbre fino alla scomparsa di queste principali manifestazioni cliniche della malattia. Due terzi di questi ammalati sono diventati abacilliferi. I miglioramenti si sono sempre più accentuati con l'andar del tempo, specie allorchè si è potuto procedere ad una seconda ed anche ad una terza serie di alcoolizzazioni.

Complessivamente su 54 individui, trattati con l'alcoolizzazione bilaterale, 37 (68 %) sono migliorati o guariti: Sauerbruch dà il 57 %, Alexander il 58 % fra migliorati e guariti con la toracoplastica; il vantaggio è a tutto favore dell'alcoolizzazione specialmente se si pensa che questo non è un metodo mutilante e il torace può, in seguito ad esso, ritornare normale.

È superfluo dire che anche dall'alcoolizzazione non bisogna pretendere di più di quanto danno i processi di collassoterapia polmonare: come questi esso non è un mezzo di cura diretta dalla tbc. polmonare, ma dà l'immenso beneficio di quel riposo funzionale del polmone malato, che è condizione fondamentale perchè possano compiersi i noti processi di guarigione a livello dei focolai tubercolari.

G. LA CAVA.

Sul trattamento della disfagia nei tuber colotici laringo-polmonari.

(A. LLORENA. *La medicina ibera*, 1933, n. 793).

La disfagia si presenta nella tubercolosi laringea preponderatamente essudativa e, tenuto conto che, salvo rarissime eccezioni, la tubercolosi polmonare precede la localizzazione laringea, bisogna agire anzitutto profilatticamente, cercando di evitare la tubercolizzazione del laringe in ogni tubercoloso polmonare, sia per via sanguigna che per mezzo degli sputi bacilliferi. A ciò mira la trasformazione della forma da aperta in chiusa, con la soppressione della tosse e dell'espettorato anche nei casi di secondaria localizzazione nel laringe con la collassoterapia, collassoterapia che Ovetsky afferma costituire il mezzo profilattico più efficace contro la comparsa della tbc. laringea. Localmente si raccomanderà un relativo silenzio per evitare che i continui movimenti delle corde e del laringe nella sua parte posteriore (che si piega ad organetto durante la fonazione) favoriscano la comparsa di erosioni nelle quali si innesta il bacillo, sia che si ammetta anche la localizzazione per via sanguigna. Preventivamente saranno utili ad ogni tubercoloso polverizzazioni alcaline o leggermente antisettiche sopra la mucosa laringea, ed eventualmente una prudente elioterapia.

La disfagia dei tubercolosi del laringe, svelata dal passaggio degli alimenti sopra una superfice infiammata ed ulcerata, si presenta nelle lesioni del tipo essudativo e di localizzazione alta a livello dell'epiglottide e nella regione aritenoidea: questa disfagia è precoce quando la localizzazione iniziale è alta e compare tardivamente, quando, essendo la localizzazione bassa (corde vocali e spazio interaritenoideo) vi è solo disfonia e dolore al parlare, ed allorchè compare il dolore alla deglutizione vuol dire che la lesione si è estesa in alto: disfagia irradiata fino all'orecchio dal ramo auricolare del vago, dolore esacerbantesi nella deglutizione dei liquidi più che dei solidi, e particolarmente della saliva, donde, poichè il paziente non inghiottendola la accumula in bocca, la continua emissione a l'esterno. Talora, se l'infiltrazione dell'epiglottide è intensa, si ha una deficiente funzione di questo opercolo, la ingestione si accompagna con accessi di tosse e molesta soffocazione, le quali cose in uno con la dolorosa disfagia, influiscono sulla ripugnanza ed avversione verso i cibi, donde insufficiente alimentazione, e progressiva cachessia.

Un trattamento, almeno palliativo, di questo sintoma è perciò obbligatorio.

Nei casi di disfagia non abbastanza intensa, possiamo ricorrere alla cocaina ed ai suoi derivati, stovaina, novocaina, anestesina, percaina, tutocaina, morfina, analgesina, ortoformio, soli ed associati fra di loro ovvero con adrenalina, gomenolo, benzoato o borato di sodio, tannino, acido fenico, acido lattico. Queste sostanze si possono far giungere alla laringe sia con l'aiuto del medico (istillazioni, pennellature), sia a mezzo dello stesso malato (polverizzazioni, insufflazioni). Per le istillazioni, il medico si servirà di uno specchio e di una siringa laringea, addizionando alle dette sostanze un eccipiente oleoso, sia olio puro di oliva, sia olio di vasellina sterile, e la istillazione si farà senza traumatismo per la laringe, manovrando lentamente e con dolcezza. Possono i detti farmaci applicarsi per pennellature laringee, ma bisogna ricordarsi che tal manovra può favorire la disseminazione laringea, ed è bene riservarla per l'applicazione di acido lattico su ulcerazioni che si vogliono far cicatrizzare, previa anestesia istillata col controllo dello specchio laringeo. L'infermo può farsi applicazioni locali con polverizzazioni a vapore, o con insufflazioni di polveri analgesiche, realizzata anche da un fami-

liare dell'infermo, con aspirazione esercitata sopra un tubo di Leduc o Escat, pieno della polvere; qualunque sia il modo di applicazione, le sostanze si somministreranno un dieci minuti prima dei pasti, tempo sufficiente per permettere una anestesia di durata utile alla deglutizione dei pasti.

Nel galvanocauterio, previa anestesia, sopra infiltrazioni ed ulcerazioni a causa della sua azione distruttiva e sclerogena, abbiamo un buon metodo per trattar dei disfagici, poichè favorisce la produzione di tessuti connettivi, specie se si usa al rosso bianco, che aumenta la reazione del tessuto connettivo giovane: fare punture profonde, settimanalmente. È controindicato se esiste febbre a 38°. Non siamo partigiani dell'elioterapia e fototerapia, come dei raggi ultravioletti, per la reazione forte generale e l'enantema laringeo che determinano. La fototerapia locale si realizza con le lampade di quarzo, ad arco, o a mercurio; è preferibile la lampada ad arco, i cui carboni, impregnati di sali metallici e con dispositivo refrigerante, danno luogo alla riflessione con specchio metallico fino al 40 per cento dei raggi ultravioletti che ad esso giungono. Fra la elio e la fototerapia preferiamo la prima: ambedue costituiscono il complemento della escissione, e galvanocaustica e le sue indicazioni sono la infiltrazione e la ulcerazione molto estese.

Se la disfagia è molto estesa ricorrere alla alimentazione blanda, fredda, gelatinosa, rinunziando agli alimenti liquidi. La ingestione sarà fatta con il tronco curvo in avanti e la testa in estensione; se la lesione è localizzata nel bordo libero dell'epiglottide, è indicata la epiglottidestomia per via orale, sia con la pinza o con l'ansa galvanica o fredda. La roentgenterapia locale a dosi deboli, è in studio; ha azione distruttiva sul bacillo, distrugge le cellule tubercolari, esistendo le cellule giganti, determinando la proliferazione del tessuto connettivo. Le radiazioni locali hanno azione analgesica ed alleviano la disfagia. È utile la alcoolizzazione del laringeo superiore, consigliabile d'ambo i lati; l'analgesia ottenuta così, dura un mezzo mese, ed alla sua scomparsa si può ripetere l'operazione. Abbiamo osservato che l'effetto favorevole diminuisce in ciascuna ripetizione. La neurotomia o resezione del laringeo superiore è un procedimento di eccezione, che non si dovrà realizzare in periodi avanzati.

Durante, ha proposto la simpaticectomia bulbare o iuxta bulbare carotidiana e l'ablazione del plesso retrocarotideo di Haller, operazione che dovrebbe sostituire la classica neurotomia dato che influirebbe sulla sensibilità dolorosa senza alterare le altre sensibilità. Porta questa operazione ad una iperemia attiva di tutta la mucosa da uno a tre mesi, attenuando i fenomeni dolorosi e scomparendo le ulcerazioni. Però l'azione è passeggera e richiede un intervento chirurgico delicato in soggetti già denutriti. Aggiungeremo l'azione della diatermia chirurgica sia sotto forma di folgorazione che di elettrocoagulazione, col vantaggio sulla galvanocaustica di non produrre fumo.

Nel periodo terminale, quando la disfagia è atroce, possiamo ricorrere ai clisteri alimentari più che alla sonda esofagea introdotta dalle narici; ricorrere ai narcotici ad alte dosi.

Riassumendo pel medico pratico dei procedimenti ricordati interessano: le istillazioni, le insufflazioni, le polverizzazioni analgesiche richiedenti solo uno specchio frontale, e laringeo, una siringa laringea, od un tubo di Leduc, e un polverizzatore a vapore; la elioterapia con semplice specchio metallico. Può anche il medico familiarizzarsi con l'alcoolizzazione del nervo, operazione semplicissima e che richiede solo una siringa da 2 cc. Molto utile si è mostrato per applicazione locale, l'olio di chaulmoogra che migliorerebbe in modo duraturo la disfagia, anche questo applicato per istillazioni.

MONTELEONE.

FEGATO E VIE BILIARI.

Su alcune condizioni favorevoli e sfavorevoli alla produzione di calcoli biliari.

(H. DUFOUR. *Journ. de Méd. de Paris*, 24 novembre 1932).

1) L'A., riferendosi ai calcoli nella composizione dei quali entra la colesterina, senza voler diminuire il valore delle cause multiple invocate per la produzione della litiasi biliare, richiama l'attenzione su uno stato patologico delle pareti delle vie biliari, la formazione cioè di parecchie logge, veri diverticoli dei canali epatico e cistico, logge che diventano centro di formazione dei calcoli biliari, in comunicazione diretta e larga con il lume delle vie biliari. Questi diverticoli contengono dei calcoli sfaccettati, i quali ad un certo punto abbandonano la nicchia in cui si sono formati.

Si tratta di lesioni acquisite, dipendenti da processi infiammatori subacuti o, in certi casi, di una manifestazione sifilitica.

La forma sfaccettata dei calcoli è dovuta precisamente al fatto che il calcolo si è formato in una di queste logge, che ricevono la pressione degli organi addominali. La pressione reciproca dei calcoli inclusi nella colecisti, causa spesso invocata per spiegare l'aspetto sfaccettato dei calcoli, non potrebbe spiegare questo aspetto quando la colecisti contiene solo tre o quattro calcoli e mancano le condizioni perchè si verifichi pressione fra i calcoli.

La possibilità della formazione dei calcoli in queste logge, deve incitare il chirurgo a ricercarle con l'esplorazione dei canali epatici ed aiuta a comprendere, in certi casi, la ricomparsa di nuove coliche epatiche dopo colecistectomia se, malgrado l'intervento, la loggia iniziale era stata lasciata in posto.

2) Se esistono delle lesioni locali e limitate capaci di favorire la formazione dei calcoli biliari, si possono riscontrare delle condizioni umorali sfavorevoli a questa formazione.

L'A. ha già nel 1931 richiamato l'attenzione sul fatto che l'alcool, preso a forti dosi e in modo continuo, benchè leda il fegato, si oppone alla precipitazione della colesterina. Questo fatto è avvalorato dalle statistiche.

Senza potere approfondire le ragioni dirette o indirette di quest'azione dell'alcool, l'A. pensa che non si tratti di una semplice diminuzione della colesterina nel sangue, ma di un aumento della solubilità di essa in presenza dell'alcool.

C. TOSCANO.

I pigmenti biliari ottenuti col sondaggio duodenale. La loro importanza nella diagnosi delle colecistiti.

(M. ROGER. *La Presse Médicale*, 11 gennaio 1933).

L'A. dosa la quantità di bilirubina e di urobilina contenuta nella bile A e B: 1) in soggetti indenni da lesioni epato-biliari; 2) in soggetti affetti da colecistite; stabilisce poi i rapporti esistenti tra questi due pigmenti nei casi normali ed in quelli patologici.

Per il dosaggio della bilirubina l'A. preferisce il metodo di Hooper e Whipple, considerandolo più esatto di quello di H. Van den Bergh.

La quantità di urobilina viene stabilita dosando tanto il cromogeno che il pigmento.

Dalle sue osservazioni l'A. deduce che nei soggetti normali la bile vescicolare B deve contenere almeno 2 volte più bilirubina della bile canalicolare A., poichè in seguito all'assorbimento di acqua attraverso alla mucosa vescicolare vengono concentrati gli elementi poco diffusibili della bile come la bilirubina.

L'urobilina invece, avendo un grande potere di diffusione, viene in parte assorbito dalla mucosa vescicolare. Perciò la bile B può contenere una quantità di urobilina uguale e qualche volta anche inferiore alla bile A. Comunque nella bile B l'aumento di urobilina rispetto alla bile A è inferiore all'aumento di bilirubina. Il rapporto aumento bilirubina/aumento urobilina è dunque normalmente sempre superiore all'unità e oscilla tra 1,14 e 5.

Per contro nei soggetti affetti da colecistite l'urobilina vescicolare è considerevolmente aumentata, poichè oltre all'urobilina normalmente proveniente dalla stercobilina si ha, in seguito ai fenomeni infettivi, trasformazione della bilirubina vescicolare stessa in urobilina. Ora siccome l'urobilina così prodotta supera la quantità di urobilina che viene assorbita dalla parete vescicolare ne risulta che il rapporto aumento bilirubina/aumento urobilina diventa inferiore all'unità e oscilla tra 0,85-0,37.

Questa deviazione dalla norma si accentua poi quando l'alterazione della cistifellea è tale, da impedire l'assorbimento di acqua. La concentrazione della bile viene così a mancare e la bilirubina della bile B può divenire proporzionalmente eguale a quella della bile A.

Bisogna però ricordare che perchè queste deduzioni acquistino valore clinico i risultati debbono essere netti e che è utile inoltre ripetere i sondaggi per avere la conferma di questi risultati.

R. GARBINI.

Sulla patogenesi della pancreatite acuta e della peritonite da perforazione della colecisti.

(H. L. POPPER. *Medizinische Klinik*, n. 40, 1932).

Ancora oggi è poco chiara l'etiologia della pancreatite acuta. Per una parte dei casi si ammette come causa un'azione batterica, ma per la maggior parte delle forme acute si pensa all'azione dello stesso succo pancreatico attivato. È dimostrato che vari fattori possono rendere attiva la tripsina e fra essi, facendo astrazione dalla enterocinasi, i più importanti sono la bile, specie se infetta, i germi soli, i prodotti di disfacimento cellulare ecc. Non si conosce con sicurezza però in che modo la bile possa venire a contatto col succo pancreatico e se una condizione anatomica quale può essere lo sbocco comune dei due dotti, può facilitare l'ipotesi di una possibile comunicazione fra essi, tuttavia la dimostrazione della importanza di questa disposizione non è ancora stata data. Molti AA. (Mann, Giordano) negano questa importanza, ma la possibilità di comunicazione fra i due dotti è stata data anche in vivo da Popper che nel 20 % delle bili estratte dalla cistifellea al tavolo operatorio riuscì a dimostrare la presenza di fermenti pancreatici (tripsina, diastasi ecc.). Poichè il passaggio non poteva essere avvenuto seguendo la via sanguigna o linfatica, bisogna ammettere che per giungere nella colecisti il succo pancreatico abbia dovuto risalire il coledoco dal tratto in comune esistente presso lo sbocco. È dimostrato inoltre che i fermenti pancreatici, così attivati dalla bile, non alterano le vie biliari nè il fegato: non è esatta quindi l'opinione di coloro che attribuiscono la perforazione della colecisti con peritonite secondaria, all'azione esclusiva dei fermenti pancreatici esistenti in quei casi nella bile: secondo Popper la miscela bile-tripsina può condurre alla perforazione della colecisti solo se vi si unisce il fattore stasi biliare.

Basandosi su un'espenrienza personale di 14 casi operati di pancreatite acuta, Popper sostiene che il trovare i fermenti pancreatici nella bile della colecisti deve farci considerare l'ammalato esposto al pericolo della pancreatite: tale reperto dice che i canali escretori fra di loro comunicano e che come il succo pancreatico può ascendere nelle vie biliari,

altrettanto può accadere che la bile si instradi nel dotto di Wirsung. Naturalmente il non trovare fermenti pancreatici nella colecisti non esclude che non possa esistere comunicazione fra i dotti stessi. Ma contro l'ipotesi patogenetica ora ricordata a proposito delle pancreatiti acute, sta il fatto che nella grandissima maggioranza dei casi venuti all'autopsia non fu trovato il dotto Wirsungiano tinto di bile che nei casi positivi invece lascia distinguere nettamente le tracce del suo passaggio: ciò sta contro l'affermazione della frequenza con cui la bile entra nel meccanismo di attivazione del secreto pancreatico risalendo il suo dotto escretore: in questi casi allora si può ammettere che l'attivazione non avvenga nel pancreas ma bensì nelle vie biliari, da dove senza mescolarsi con la bile il secreto pancreatico può risalire il Wirsungiano; questa seconda possibilità essendo verosimile dato che si sa essere necessarie quantità minime di sostanza attivante come pure di fermenti attivanti perchè si possa giungere alla steatonecrosi.

Concludendo, si può dire che in una piccola parte dei casi di pancreatite acuta l'attivazione del secreto pancreatico avviene per opera di bile risalita lungo il Wirsungiano; nella maggior parte dei casi si giunge alla pancreatite acuta in conseguenza di un'attivazione del secreto pancreatico che avviene nelle vie biliari senza afflusso di bile nel pancreas; in un altro piccolo numero di casi bisogna ammettere altri momenti patogenetici in ognuno tuttavia influendo notevolmente le alterazioni del deflusso delle due secrezioni.

E. ANTONIAZZI.

DIVAGAZIONI CULTURALI

La lingua latina al III Congresso di Studii Romani.

In questo Congresso, tenutosi in Roma alla fine di aprile u. s., si è ampiamente trattato un argomento che tanto interessa la cultura dei paesi civili: la resurrezione del latino all'alto ufficio di lingua internazionale.

È da notare che dei numerosi Congressisti — appartenenti sia al campo letterario sia al campo scientifico — i quali hanno presa parte alla discussione, nessuno è stato decisamente contrario ad un ritorno all'antico. Ciò è segno che la babele delle lingue moderne — che specialmente nella pubblica stampa e nei Congressi Internazionali impedisce agli scrittori e ai disserenti di comprendersi e quindi rende nulla l'efficacia pratica dei rapporti diretti fra gente di diversa favella — ha ormai ingenerata nella mente delle persone colte la necessità di una soluzione ragionevole ed adattata alle esigenze dei tempi.

Per quanto riguarda la scienza medica, i diversi oratori si sono sforzati di uscire dal campo teorico delle discussioni per avviarsi decisamente sopra un terreno di pratiche iniziative.

Il sen. prof. Millosevich, Presidente della Sezione Scientifica del Congresso, è stato il relatore dell'importante tema; egli ha concluso proponendo la compilazione di dizionarii delle varie scienze, i quali accolgano la traduzione latina dei rispettivi termini scientifici.

Il prof. Baglioni ha analizzate le difficoltà dell'impresa, ed ha raccomandato di abbandonare l'idea di una riforma radicale *ab initio*, ma di procedere per gradi tenendo conto specialmente delle diverse condizioni intellettuali e morali dei singoli popoli.

L'on. prof. Morelli, Segretario Nazionale del Sindacato Medico, dopo aver determinate le direttive dell'attività medica, la quale deve coordinarsi con quella dell'Istituto di Studii Romani per dar presto all'Italia il lessico italiano-latino della medicina, ha annunziato di aver dato ordine che i collaboratori del giornale ufficiale del Sindacato *Le Forze Sanitarie* uniscano ai loro articoli un breve riassunto, il quale sarà dall'Ufficio di Redazione tradotto in latino. È questo il primo risultato positivo che si deve all'autorevole intervento del Segretario Nazionale.

Ha presa per ultimo la parola il prof. C. Ortali, il quale da varii anni ha riportata all'onore della ribalta la *vexata quaestio* della restaurazione del latino, come lingua medica universale; ed in questo stesso giornale ha pubblicato nel 1927 un lavoro riassuntivo dal titolo: *Il « latino » lingua ufficiale della Scienza Medica.* Egli ha specialmente insistito sul fatto che la diversità di pronunzia del latino presso i popoli moderni non può costituire — secondo l'obbiezione di alcuni Congressisti — un ostacolo al progresso della riforma. E lo dimostra il fatto che il clero cattolico ha potuto da secoli, mercè l'uso della lingua madre, stabilire e mantenere una corrispondenza perfetta fra i suoi membri, che sono reclutati fra le più diverse nazionalità. Egli ha proposta la compilazione di un lexico, il quale raccolga i vocaboli e le frasi d'uso comune e permetta nei rapporti ordinarii la corrispondenza fra gente di lingua diversa, senza di che non è possibile dar vita a rapporti culturali.

C. ORTALI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

O. BELLUCCI. *Cure ed indennizzi nei loro rapporti col rischio infortuni e col rischio malattie.* Parte I: *Cure ed indennizzi nella riparazione del danno da infortunio del lavoro.* Un vol. in-8°, di pag. 173. Roma, Tip. Artero, 1933. L. 8.

A chi, in tempi ben più difficili e non certo in mezzo al consenso dei più, ha fermamente sostenuto che l'indennizzo non può riassumere nè rappresentare la riparazione di un infortunio, fa davvero piacere constatare come un uomo dell'autorità e della competenza del dott. Bellucci scriva che l'infortunio « investe tutta la personalità del lavoratore — personalità fisica, personalità psichica, personalità economica —, onde illogica e manchevole appare la riparazione di questa, quando siano trascurate le altre facce del complesso poliedro », e proclami che « la norma legislativa dovrà porre la riparazione del danno nel corpo allo stesso livello della riparazione del danno economico ».

E non meno piacere fa un altro consenso riguardante l'estensione delle cure: « Provveduto alle prime cure immediate, occorre pensare alle cure successive: campo vastissimo, di cui si avrebbe una visione parziale, se si pensasse alle sole chirurgiche ». Io avevo detto che bisogna arrivare fino alla protesi ed alla rieducazione professionale. Bellucci è d'accordo.

L'indennizzo non è sufficiente in sè e per sè a coprir le esigenze che l'infortunio crea nei riguardi del problema della riparazione, e non è neppure il provvedimento principale, per quanto sia stato il primo per data, giacchè la prima idea di fronte ad un danno è naturalmente quella del risarcimento pecuniario: il fatto più interessante però è sempre l'integrità fisica del lavoratore. Questo concetto svolge magistralmente ed applica nella prima parte di questa nuova interessantissima pubblicazione l'ottimo dott. Bellucci, che studia il servizio delle cure successive da ogni lato e col particolare senso pratico che gli viene da lunga illuminata esperienza.

Molto opportunamente dal verificarsi dell'infortunio egli vuol poi trarre occasione per uno studio completo della personalità dell'infortunato per favorirne il miglioramento fisico e normale. « Tutta la salute fisica del soggetto in esame dev'essere in quell'occasione sottoposta ad indagine — scrive Bellucci —: perchè tutto il suo carattere, le sue tendenze, le sue doti specifiche, le sue manchevolezze, le sue lacune ci passano in quel momento davanti: ed allora siamo proprio noi, medici infortunisti, che compiamo la revisione del prezioso organismo che ci viene affidato, col risultato di valorizzare e stimare un danno stabilizzato e meritevole di indennizzo che ci offre anche e soprattutto il destro di scoprire una malattia latente od appena iniziatasi; di mettere in evidenza una tara neurologica od umorale; di intravvedere una inadattabilità a determinate lavorazioni, col risultato pratico di poter dare all'azienda, presso cui il lavoratore ritornerà ad esplicare la sua attività, consigli pratici sulla sua migliore utilizzazione, pel suo più largo rendimento, a vantaggio di se stesso, del suo datore di lavoro e della intera collettività ». Verrebbe così molto opportunamente ad utilizzarsi l'organizzazione sanitaria infortunistica curativa per gli scopi della selezione professionale, per avviare ed applicare ogni lavoratore a quel genere di lavoro che biologicamente più gli conviene: ed invero la selezione dei lavoratori, attraverso l'orientamento professionale, mira pure alla prevenzione degl'infortunii sul lavoro.

Il compito curativo così si salda perfettamente con quello preventivo in un concetto unitario, che, sopra tutto nel campo assicurativo, dovrebb'essere assolutamente inscindibile. Giustamente Bellucci scrive: « La legge sugl'infortuni non deve limitarsi a normalizzare un opposto giuoco d'interessi, ma, come tutte le leggi sociali, deve mirare alla conservazione ed al rafforzamento della stirpe attraverso il perfezionamento dell'individuo e di tutti i differenti aspetti della sua personalità fisica e psichica ».

L'interessante e precisa trattazione per quanto riguarda gl'infortunii, cui è dedicato questo primo volume, ci fa ansiosamente aspettare il secondo, che sarà dedicato all'assicurazione contro le malattie professionali la tubercolosi e le malattie in generale campo più difficile e nuovo rispetto a quello degl'infortuni, per il quale si è già costituita un'esperienza più che trentennale.

LUIGI FERRANNINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

G. TROPEANO. *La medicina sociale. Avviamento.* IV edizione. Un vol. in-8° di 203 pag. A. Morano ed. Napoli, 1933. Prezzo L. 12.

A tutti è nota la fervida attività del prof. Tropeano, non soltanto per il periodico « La medicina sociale », che egli ha fondato e pubblica da 20 anni, non solo per le sue numerose e belle pubblicazioni, ma anche perchè, ben lungi dal limitarsi al campo teorico delle questioni, si è dimostrato sagace iniziatore di provvide istituzioni, fra cui specialmente l'Asilo di Marechiaro, per i fanciulli abbandonati, che si intitola a suo nome.

Vero pioniere della medicina sociale in tempi in cui questa scienza era coltivata da pochi, egli porta in questo suo libro con la stessa fede e l'entusiasmo del neofita il contributo della sua vasta esperienza e della sua coltura. Stabilisce i limiti ed il programma della medicina sociale portando esempi concreti di applicazioni

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

(malattie del lavoro, malaria, tubercolosi), addentrandosi nel problema dell'emigrazione, mostrando i rapporti della patologia e della microbiologia con la medicina sociale, indicando, da ultimo, quali interessi avviano ad essa il medico che, nella visione del futuro, modifica la sua missione, allargando la sua opera nel campo sociale.

Le vaste opere che si sono venute recentemente compiendo in Italia nella medicina sociale sono in gran parte una realizzazione delle direttive che l'A. persegue da anni con questo suo libro. *fil.*

H. e K. ALEXANDER. *Die Arbeitsbehandlung zur Reform der Lungenheilstätten.* Un vol. in-8° di 100 pag., con 44 fig. G. Thieme, Leipzig, 1932. Prezzo: RM. 5.

La terapia col lavoro è diventata un corollario di grande utilità nel trattamento sanatoriale e post-sanatoriale. Iniziata da Rollier a Leysin per i pazienti di tubercolosi osteo-articolare, venne in seguito applicata anche a quelli con tubercolosi polmonare ed è ora largamente applicata specialmente in sanatori olandesi e svizzeri.

Non è a credere che il concetto ormai generalmente accettato sia di agevole applicazione. Difficoltà di ogni genere si parano innanzi: adattamento e gradazione del lavoro secondo lo stato del paziente, scelta del genere di lavoro, organizzazione delle vendite, pagamento, ecc., per cui se l'organizzazione non è perfetta, il tentativo è destinato a fallire.

Il prof. H. Alexander, che è direttore del Sanatorio di Agra presso Lugano, porta qui unitamente all'economo K. Alexander il contributo della propria esperienza esaminando largamente soprattutto il problema dell'organizzazione e della pratica esecuzione della terapia di lavoro nei sanatori popolari ed in quelli delle classi medie, estendendosi specialmente sull'organizzazione di quello di Agra il quale ha, fra l'altro, un riparto di lavori di traduzione, di disegno e pittura (schizzi, cartelloni-réclame artistici, ecc.).

Accenna, da ultimo, all'assistenza post-sanatoriale ed all'organizzazione della terapia di lavoro in tutti i sanatori olandesi, svizzeri e tedeschi, il tutto efficacemente illustrato da belle fotografie. Chi si occupa di questo argomento, ed in genere, di assistenza sociale, troverà in questo libro una buona guida per le questioni studiate. *fil.*

H. HERXHEIMER. *Grundriss der Sportmedizin für Aerzte und Studierende.* Un vol. in-8° di 192, pag., con 45 fig. G. Thieme, Leipzig. 1933. Prezzo: RM. 10.50.

Il culto dello sport va sempre più diffondendosi. Si potrebbe anche osservare che si esagera, specialmente per talune attività, ma c'è il caso di passare per retrivi e per poltroni. Ad ogni modo, è sempre bene accettare quello che il tempo in cui viviamo ci porta esplicando in esso la nostra attività.

Ed un vasto campo si offre nello sport al medico anche se questi è guardato spesso con una certa diffidenza dagli sportivi puri: la eliminazione degli inadatti, la scelta del genere di sport secondo il tipo costituzionale, l'allenamento, ecc. Anche in Italia l'interessamento a tutte queste questioni va crescendo, come lo ha anche dimostrato il Congresso dei medici sportivi tenutosi lo scorso anno.

Un buon manuale in cui possiamo trovare le nozioni essenziali della medicina dello sport è questo del prof. Herxheimer, direttore del Consultorio sportivo alla II Clinica medica della « Charité » di Berlino.

Esso pone dapprima le basi fisiologiche, studiando gli effetti del lavoro sugli organi e le funzioni, sia immediati che lontani. È un vasto capitolo di fisio-patologia del lavoro e dello sforzo, che va studiato accuratamente se si vuole poi arrivare a conclusioni pratiche.

Seguono le osservazioni cliniche, l'esame dello sportivo, i consigli da darsi secondo le diverse età e le varie malattie, l'igiene generale dello sportivo e le influenze esercitate sul rendimento da sostanze diverse (zucchero, caffè, alcool, ecc.), da fattori fisici (fra cui un buon capitolo sul massaggio) e da quelli psichici; sarebbe stato desiderabile un più ampio sviluppo su questi ultimi che hanno tanta importanza sul successo.

Il libro, evidentemente, è materiato di una larga esperienza, pur tenendo conto di una copiosa letteratura in argomento ed è scritto con senso di praticità. *fil.*

HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS. *Trabajos de la Catedra de Semiologia.* Un vol. in-8° di 644 pag. con fig. Buenos Aires. Edizioni di « Semana medica », 1933.

Sono riuniti in questo libro i lavori della Cattedra di semeiologia dell'Università di Buenos Aires, diretta dal prof. T. Padilla. Tale scuola ha molte sezioni: cardiologia, malattie degli apparati respiratorio, digerente, nervoso, del fegato e vie biliari, laboratori, oltre a numerosi specialisti (oftalmologia, dermatologia, ginecologia, ecc.) e dimostra, con la raccolta di queste 33 pregevoli memorie, tutte dovute al personale della Scuola, una notevole attività scientifica.

Precede una conferenza inaugurale dello stesso direttore, che considera la semeiotica di ieri, di oggi e di domani; quest'ultima, egli la prevede essenzialmente preventiva, cioè diretta a cogliere i segni iniziali di predisposizione alle malattie. Anche il metodo d'insegnamento va modificato: non più soltanto lo studio del « caso interessante » scelto e poi internato in ospedale, ma quello dell'infermo di ambulatorio,

col dolore vago, il lieve disturbo; è tutta una trasformazione della coscienza professionale e del pubblico che egli intravede per il futuro e che darà certamente buoni frutti.

Una gran parte delle memorie riguarda la cardiologia; altre trattano il morbo di Fränkel, l'ipertiroidismo, la linite plastica, ecc., tutto un insieme che può essere letto e consultato con interesse.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 25 marzo 1933.

Presidente: S. BAGLIONI.

Ulteriore contributo alla embolectomia della arteria polmonare.

Prof. P. VALDONI. — L'O. riferisce di un secondo caso di operazione di Trendelenburg, in cui furono asportati dal ramo destro dell'arteria polmonare un embolo lungo 40 cm., da quello sinistro uno lungo 28 cm. Il cuore della paziente cessò di battere all'inizio dell'estrazione dell'embolo. L'embolia si iniziò improvvisamente, 10 minuti prima dell'intervento, in una paziente ricoverata e operata 15 giorni prima per perforazione dell'esofago cervicale da un osso di agnello.

Indicazioni cliniche e primi risultati dell'apicolisi semplice nelle caverne isolate dell'apice polmonare.

Prof. A. OMODEI-ZORINI. — L'O., richiamandosi alla sua proposta dell'aprile 1932 (« Lotta contro la Tubercolosi », n. 4, 1932) di praticare un'apicolisi semplice senza piombaggio nei casi di tubercolosi, fibroulcerosa e circoscritta dell'apice, riafferma i suoi concetti precisando le indicazioni cliniche ed esponendo i primi risultati su 17 casi, dei quali 11 nettamente indicati per l'intervento e gli altri meno. Tra i primi: 7 risultati completi (chiusura delle caverne ed espettorato negativo), 3 incompleti (miglioramento generale e riduzione, ma non elisione delle cavità), e uno dubbio (persistenza di una cavità detersa).

Prof. M. ASCOLI. — *Tecnica dell'apicolisi.*

Dott. V. MONALDI. — *Esame funzionale e meccanismo di azione dell'apicolisi semplice.*

Norme per l'associazione tossina-siero nella profilassi della difterite.

Prof. T. PONTANO. — L'O. riferisce i risultati di sue esperienze in animale, che gli permettono di fissare alcune norme da seguire nell'associazione del siero e dell'anatossina, nella profilassi della difterite, in determinate contingenze.

Egli ha messo in evidenza sperimentalmente che l'azione vaccinante dell'anatossina è annullata, se precede o si accompagna all'iniezione di anatossina quella del siero antidifterico. Il siero antidifterico perde la sua proprietà protettiva, solo se le quantità di siero sono le minime infettive, altrimenti la conserva anche di fronte a grandi dosi di anatossina, contemporaneamente o successivamente iniettata. L'anatossina invece conserva il suo valore vaccinante, se il siero curativo è inoculato 24 ore dopo.

L'O. dà spiegazione dei fenomeni osservati e trae dalle sue esperienze la norma nella profilassi anatossisierica di inoculare prima l'anatossina e dopo 24 ore il siero. Solo così si può trarre vantaggio dall'associazione del vaccino e del siero: alla protezione serica segue la difesa anatossica.

Prof. G. PENSO. — *Vegetarismo o creofagia? Considerazioni di un parassitologo.*

Il Segretario: G. AMANTEA.

Società Napoletana di Chirurgia.

Seduta del 6 marzo 1933.

Presidente: Prof LUIGI TORRACA.

F. SPIRITO. — *Formazioni cistiche a sede pelvica in donne isterectomizzate.*

Sopra alcune formazioni cistiche del setto retto-vaginale.

D. ROSSI. — In una donna IIpara di 40 anni, sottoposta ad intervento di colpoperineoplastica per lacerazione perineale antica da parto, l'O., durante lo sdoppiamento del setto retto-vaginale ha rinvenuto un gruppo di tre tumoretti cistici della grandezza e forma di piccoli piselli disseminati, senza un ordine preciso, nel connettivo della parte più bassa del setto retto-vaginale. All'esame istologico le pareti cistiche risultarono costituite da una lamina di connettivo fibroso tappezzata all'interno, da un tipico epitelio pavimentoso stratificato. Il contenuto era costituito da una sostanza simile a sebo. L'interesse del caso esposto dall'O. deriva, in conclusione: 1) dalla molteplicità delle piccole cisti; 2) dalla loro localizzazione nello spessore del connettivo del setto retto-vaginale, senza rapporti diretti nè con la parete vaginale, nè con la parete rettale, per cui devono essere classificate come cisti del setto retto-vaginale; 3) dal raro meccanismo genetico che l'O., in base a molteplici considerazioni, sopratutto in base ai caratteri istologici ed istochimici delle formazioni, riferisce ad una inclusione traumatica (antica lacerazione da parto) di elementi cutanei.

M. GIORDANO. — *Contributo alla diagnosi radiologica dell'ulcera extra-bulbare del duodeno.*

Seduta del 6 aprile 1933.

Sugli osteomi del seno frontale.

A. DI CORE. — Si tratta di un giovane 22enne, al quale quattro anni or sono fu diagnosticato clinicamente e radiologicamente un voluminoso osteoma del seno frontale destro, con invasione orbitaria. Dopo tre anni il tumore deformava il viso dell'infermo, spostava il bulbo oculare in basso ed all'esterno, con limitazione dei movimenti, ptosi completa della palpebra superiore, riduzione del visus a 6/10 e diplopia crociata. Fu operato nel giugno 1932. Il tumore venne accuratamente isolato mediante demolizione di tutta la parete anteriore del seno, ma non fu assolutamente possibile ottenere la sua mobilizzazione e la sua estrazione in toto. Il tetto dell'orbita e la parete profonda del seno erano usurate e il tumore era a contatto della dura. Il punto d'im-

pianto era l'angolo esterno della regione sopra-orbitaria (ove il paziente all'età di nove anni aveva avuto un trauma) e vi erano solide aderenze con la parete profonda del seno. Furono asportati 48 grammi del tumore eburneo e per gravi ragioni di estetica o di prudenza ne fu lasciata una listarella a protezione della sottostante dura. Guarigione per primam. Brillante risultato estetico. L'esame istologico ha confermato la diagnosi di osteoma. L'O. accenna alla rarità degli osteomi dei seni cranio-facciali (più frequenti nei seni frontali, meno nelle cellule etmoidali, rari nell'antro d'Higmoro, rarissimi nel seno sfenoidale: in tutto 150 casi finora registrati nella letteratura) e ne discute la patogenesi. Nel suo caso, pur ammettendo come necessario fattore predisponente la teoria embrionale di Virchow e Arnold, ritiene che l'elemento traumatico possa aver agito come una causa determinante l'insorgenza dell'atipica proliferazione ossea, di cui discute la diagnosi e la relativa cura chirurgica.

N. CAPRIOLI. — *La mediastinotomia longitudinale anterior-superiore nei tumori toracici non suscettibili di exeresi.*

Successioni e concomitanze morbose negli organi addominali.

S. SCIGLIANO. — L'O. critica la concezione del Leotta sulle « sindromi associate dell'addome destro » e cerca di spiegare la discordanza esistente tra gli autori sulla frequenza di tali sindromi. L'O., in base ad alcuni casi della sua pratica privata, crede che questa discordanza debba ricercarsi nella interpretazione, che ciascun autore dà allo svolgimento dei fatti clinici, che capitano alla sua osservazione. Egli crede che in materia di malattie pluriviscerali dell'addome, che rappresentano l'eccezione e non la regola, si debba piuttosto parlare di « successioni morbose », di malattie cioè che colpiscono due o più organi in tempi diversi relativamente all'osservazione clinica o ad un primo intervento chirurgico, e di « concomitanze morbose », di malattie cioè in atto in più organi dell'addome al momento dell'osservazione e dell'intervento. E tali « successioni » e « concomitanze » — secondo l'O. — possono essere legate dallo stesso nesso anatomo-patologico e patogenetico, ma non è escluso che esse non possano essere accidentali e derivanti da momenti etiologici e patogenetici diversi. L'O. insiste poi che di fronte ad un malato addominale lo studio clinico sopratutto e le ricerche di laboratorio, saggiamente usate — senza pericolosi semplicismi, facili a derivare dalla concezione del Leotta — valgano nella maggioranza dei casi ad indicare l'organo malato, e che ad addome aperto — senza preconcetti e senza la guida di formule assolutistiche — ma col più pacato e sereno apprezzamento del campo che si esplora, il chirurgo possa e debba, caso per caso, intuire se, oltre l'organo malato, sia o pur no necessario esplorare altri campi, alla ricerca di altri organi compromessi e ciò, in luogo dell'esplorazione sistematica di tutti gli organi dell'addome destro, conseguenza pratica della concezione del Leotta.

A. ALHAIQUE. — *Su due casi di metastasi carcinomatosa delle ossa. Considerazioni cliniche.*

Il Segretario: F. BUONOMO LA ROSSA.

Società Lombarda di Chirurgia.

Seduta del 31 marzo 1933.

Presidenza: Prof. MARIO DONATI.

Tubercolosi centrale a tipo di fibroma nel mascellare inferiore.

L. LAZZARINI. — L'O. descrive una forma molto rara e molto interessante di una proliferazione tubercolare centrale del mascellare inferiore, avente l'aspetto istologico di un fibroma.

Discussione: PEPERE, CASTIGLIONI, DONATI.

F. DE FRANCESCO. — *Sulla associazione della sifilide con il cancro dell'esofago. Presentazione di un caso.*

Discussione: PASINI, CASTIGLIONI, PERONI, COMEL, DONATI.

S. LUSSANA. — *Coste disarticolate in interventi di toraco-resezione posteriore.*

Discussione: DONATI, CASTIGLIONI.

M. CELLINA. — *Presentazione di un caso di tumore in sede sottomascellare con enorme diffusione metastatica pleurica. Dimostrazione di pezzi anatomici.*

Discussione: DONATI, PEPERE, CALVINI, BILELLO.

Sulla cura dell'anca a scatto.

E. ETTORRE. — L'O. presenta una giovane ballerina operata con un metodo personale per eliminare l'anca a scatto di cui era affetta e che l'aveva obbligata ad abbandonare la scena. Dopo aver discusso dell'etiopatogenesi della forma, che può dipendere da varie cause, l'O. insiste sull'abnorme lassezza delle inserzioni del tendine dalla parte alta del grande gluteo sulla benderella, che si può manifestare in seguito a traumi o, più spesso, in seguito ad eccessi funzionali abituali, sopratutto nel periodo dell'adolescenza. Il metodo consiste nell'incidere posteriormente al gran trocantere la fascia, fissare la parte alta del tendine del grande gluteo e del vasto laterale al periostio sottostante e quindi suturare la fascia sovrapposta in modo da raccorciarla e rafforzarla.

Seduta del 13 aprile 1933.

Discussioni sul verbale della seduta precedente: BILELLO, CASTIGLIONI, MAJOCCHI.

Di un semplice dispositivo atto ad assicurare la sterilità del cateterismo ureterale.

R. ASCOLI. — L'O. propone un semplicissimo dispositivo consistente in un sacchetto di tela, di forma tubolare, sterilizzato, avente lo scopo di isolare dall'ambiente esterno settico la parte di catetere ureterale che durante la cistoscopia rimane fuori dal cistoscopio.

Discussione: COLOMBANO, DONATI.

Le varianti cromatiche delle ecchimosi e le loro ragioni fisico-anatomiche.

L. MONCALVI. — L'O. partendo da osservazioni e concetti già esposti in precedenti lavori circa la cianosi generale e locale, analizza le condizioni

fisico-strutturali che determinano il vario colore delle ecchimosi. Raccoglie in un prospetto sinottico le diverse forme cliniche e anatomiche delle ecchimosi col rispettivo substrato anatomo-fisico, in base a cui distingue: 1) colorazioni ematiche (rosse, gialle, brune); 2) colorazioni strutturali (azzurre, verdi); 3) colorazioni miste (verdi, violacee). Accenna da ultimo alla questione ottica relativa al fenomeno generale della cianosi nel campo fisico, clinico e biologico, questione che si compendia nel trasparire azzurro dei fondi scuri attraverso ad un mezzo acromatico subtrasparente.

Discussione: DONATI

M. CELLINA. — *Presentazione di un caso di tumore in sede sottomascellare con enorme diffusione metastatica pleurica.* II Parte: *Reperto istopatologico.*

Discussione: DONATI.

R. ZANOLI. — *Le artrodesi extraarticolari nella tubercolosi del piede.*

Discussione: CATTANEO, PERUSSIA, DONATI.

S. PALAZZI. — *Linee direttive moderne in ortopedia dentofacciale.*

Discussione: DONATI.

G. P. COGGI. — *Valutazione della funzionalità epatica mediante la determinazione della chetonemia adrenalinica.*

Discussione: DONATI

Il Segretario.

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta dell'11 febbraio 1933.

Presidente: Prof. O. UFFREDUZZI.

Fratture indirette della base del V metatarso.

Prof. L. BAI. — Espone quattro casi in cui le fratture interessavano la tuberosità e che all'inizio erano passate inosservate. Con tutta probabilità la frattura era dovuta ad una brusca contrazione del tendine del corto peroneo laterale, mentre il piede si trovava in varismo. Due dei paz. presentavano piede cavo addotto, negli altri esisteva rilassamento muscolare e legamentoso. Vennero trattati con breve periodo di immobilizzazione in apparecchio gessato.

Esiti di osteosintesi cruenta in fratture praticamente interessanti.

Prof. F. BIANCHETTI. — Espone i risultati di 13 interventi, nei quali venne usato di preferenza il filo metallico, senza dare però l'ostracismo ai fili di seta, a placche metalliche, viti, uncini. La trazione temporanea al letto operatorio venne fatta sull'apparecchio dell'Angeli. La trazione diretta sullo scheletro fu fatta con l'applicazione del filo metallico a mezzo dello strumento di Kirschner.

I risultati clinici e funzionali sono stati in tutti i casi soddisfacenti.

Dott. G. CANAVERO. — *Un caso eccezionale di lesione cranica da proiettile a salve.*

Ulcera duodenale perforata operata alla 100 ora.

Dott. G. CANAVERO. — Fu fatta enterotomia sul tenue ed altra sul colon trasverso. Suturate queste aperture, fu possibile ispezionare i vari organi; fu trovata la perforazione sulla faccia anteriore della prima porzione del duodeno; sutura della perforazione; un lembo di epiploon è fissato sopra per rinforzo; gastro-entero-anastomosi transmesocolica posteriore; accurata pulizia del cavo; sutura; guarigione.

Seduta del 17 marzo 1933.

Presidente: Prof. VANZETTI.

Prof. S. BELFANTI. — *Relazione sulla degradazione delle lecitine con speciale riguardo ai fermenti del pancreas.*

Prof. C. DESSY. — *Relazione intorno ad una coagulazione del plasma sanguigno presente nel pancreas.*

Reperto elettrocardiografico in caso di morte da sincope cardiaca.

Dott. PENATI. — Una cardiopatica in stato di scompenso venne a morte improvvisamente mentre si procedeva all'esame elettrocardiografico: i tracciati precedenti alla morte clinica rivelano una oscillazione ritmica della curva di frequenza 165-170. I tracciati immediatamente seguenti alla morte clinica rivelano una tipica fibrillazione ventricolare. Da questo reperto si potrebbe ritenere che la più gran parte forse dei casi di morte cardiaca improvvisa sono dovuti all'istituirsi di una fibrillazione ventricolare.

Alla fibrillazione ventricolare può precedere uno stadio caratterizzato da un reperto elettrocardiografico di tipo intermedio tra quello di una tachisistolia ventricolare e quello della fibrillazione ventricolare.

La prova di carico con galattosio nelle anemie con particolare riguardo alla anemia perniciosa progressiva.

Prof. MORACCHINI e Dott. BATTISTINI. — Gli OO. hanno constatato che la galattosuria in questi ultimi casi è stata negativa ed escludono che la mancata galattosuria provocata dipenda dal rene, perchè non si trovò neanche una vera galattosemia. Ritengono che questo fatto dipenda da una modificazione qualitativa e quantitativa del ricambio di questo monosaccaride, in stretto rapporto colla attività epatica, certamente alterata in questa malattia.

VILLATA.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 20 gennaio 1933.

Presidente: Prof. MARIO TRUFFI.

Presentazione di un'operata per tumore della fossa cerebellare.

Prof. G. M. FASIANI e Dott. G. TANFANI. — Viene presentata un'ammalata operata da circa due mesi di un tumore originato dalle meningi, situato sotto il tentorium, a lato dell'emisfero cerebellare sinistro. La paziente, che era da alcuni mesi nella impossibilità di sostenersi e di camminare, può ora liberamente muoversi senza aiuto.

Gli altri sintomi di ipertensione endocranica e di deficit cerebellare sono in parte scomparsi, in parte diminuiti.

Microdissezioni di spermatozoi.

Prof. G. TERNI. — I risultati delle esperienze di microdissezione e di microraggiopuntura dimostrano sopratutto che: 1) il centrosoma non rappresenta come si riteneva il centro del movimento della coda; 2) l'orlo della membrana ondulante possiede struttura fibrillare ed è la vera e sola sede del movimento; 3) l'orlo stesso è contrattile come un flagello, con capacità di contrazione anche parziale e discontinua e con capacità di conduzione dello stimolo anche antifromica; 4) l'orlo (o flagello) possiede una forma ondulata permanente, cioè elasticamente oltre che cineticamente mantenuta: si tratta cioè di una vera struttura elastica funzionale, che tuttavia permette il propagarsi del movimento vibratile.

Esperienze di localizzazione di spirochete pallide circolanti.

Prof. G. TRUFFI. — L'O., richiamandosi ai risultati ottenuti con i dermatomiceti istituisce analoghe ricerche con la spirocheta pallida. Cioè dopo iniezione endovenosa di materiale spirochetico da ceppo Truffi, determina traumi corneali e del testicolo e vede manifestarsi la localizzazione luetica nei punti traumatizzati in una forte percentuale. I controlli non hanno presentato le stesse lesioni metastatiche e gli stessi animali in esperimento nei quali il trauma era stato circoscritto ad un sol lato, non hanno presentato lesioni che sul lato traumatizzato, integri rimanendo l'occhio e il testicolo del lato opposto.

In analogia con quanto è avvenuto per i dermatomiceti, l'O. conclude che non azioni tropiche o chemiotassiche guidano queste speciali localizzazioni, ma piuttosto fenomeni di organorecettività.

Dott. PIETRO CERUTTI. — *Concentrazione idrogenionica superficiale del cuoio capelluto.*

Prof. A. CHIATELLINO. — *Sulle modificazioni della dermoreazione all'istamina in ammalati operati di gangliectomia.*

Il Segretario: Dott. BALBI.

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 29 aprile 1933.

Di un particolare segno dell'epiplocele crurale aderente o strozzato.

Prof. G. LINO. — L'O. illustra un dato da lui riscontrato negli epiploceli crurali aderenti o strozzati. Esso consiste in un dolore che il paziente prova sulla tumefazione erniaria con irradiazione verso l'addome, e che si provoca con il porre trasversalmente sull'addome la mano dal margine ulnare al disotto del colon trasverso e spingere questo cranialmente.

In caso positivo questo dato può servire a far porre la diagnosi di epiplocele strozzato in alcuni casi a sindrome addominale muta, simulanti altre affezioni della regione crurale.

Su trenta biopsie epatiche.

Prof. G. LINO. — L'O. riferisce sulle alterazioni epatiche da lui riscontrate con il metodo biopsico in 23 casi di colecistopatie e in 7 casi di altre affezioni addominali.

Quasi costantemente ha riscontrato lesioni parenchimatose e interstiziali. Le prime vanno dal rigonfiamento torbido alla degenerazione grassa, le seconde da minimi focolai infiltrativi rotondocellulari, alla fibrosi degli spazi portali e iperplasia dello stroma.

Le alterazioni parenchimatose mancano o sono minime nei casi operati in anestesia locale, le lesioni interstiziali a volte mancano in alcuni casi di colecistopatia, mentre per altro si rinvengono nei casi controllo con altre affezioni addominali.

Nuovo contributo al rapporto tra ittiosi volgare e sifilide congenita.

Prof. G. LANTERI. — L'O. ha seguito 2 nuovi casi clinici, in cui la coesistenza dell'ittiosi volgare con la eredo-lue gli consentono di confermare le considerazioni formulate nella precedente nota. In questi due casi trattandosi di fratelli che presentano una eredo-lue di seconda generazione, la dermatosi assume il tipo familiare. Ritiene l'O. che anche in questi infermi la sifilide congenita di origine paterna (infatti il genitore presenta varie alterazioni organiche, umorali e distrofiche), abbia agito sul tegumento cutaneo, in modo indiretto, attraverso lesioni del sistema endocrino. E a tale concetto lo hanno guidato le risposte delle prove farmaco-dinamiche e opoterapiche eseguite. Ciò non pertanto sembra più appropriata all'O. la definizione di: « Ittiosi eredo-luetica », dovendosi riserbare l'altra di « endocrinopatia luetica », quando la disfunzione endocrina risulti in forma evidente. Il trattamento mercuriale attuato in questi infermi è servito a migliorare sollecitamente la dermatosi, che ritiene possa ulteriormente avvantaggiarsi, tenuto conto della singolare sensibilità dimostrata alla terapia causale.

Considerazioni sui tumori del midollo osseo (mieloma e e reticolo-sarcomi).

Dott. G. DE GAETANI. — L'O. descrive dal punto di vista anatomo-patologico un caso di mieloma e un caso di reticolo-sarcoma differenziato del midollo osseo (tumore di Ewing) rilevando come in base alle più recenti vedute e alle cognizioni moderne sulla ematopoiesi midollare, tali tumori non possono essere completamente disgiunti; essi infatti sono fra di loro legati come quelle forme che derivano da un unico elemento primordiale capace di orientazione in uno o più sensi diversi. Il mieloma è una neoplasia derivata dagli elementi emoistioblastici già orientati nel senso mieloide, mentre le diverse forme di sarcoma di Ewing sono blastomi originati dalle stesse cellule emocitoblastiche orientate verso le diverse forme cellulari del sistema reticolo-endoteliale.

Dott. A. CAPONNETTO. — *Variata posizione del ganglio cervicale inferiore del simpatico.*

Su di un caso di osteo periostite mastoidea luetica consecutiva a suppurazione timpanica acuta.

Dott. S. BARBERA. — L'O. espone un caso di osteoperiostite mastoidea luetica consecutiva a suppurazione timpanica acuta osservato in una donna di 48 anni. La lesione mastoidea non mostrava alcun carattere speciale da far pensare alla lue, essa si presentava come un empiema mastoideo manifesto di natura piogena. La diagnosi si è potuta stabilire in seguito alla cura antiluetica.

Il Segretario: G. DI MACCO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Allergia nell'ulcera duodenale: frequenza e significato dell'ipersensibilità alimentare.

R. A. Kern e S. G. Stewart (*The Journal of Allergy*, novembre 1931, n. 1) riferiscono un caso in cui l'allergia poteva rappresentare un fattore etiologico dell'ulcera duodenale. Si trattava di un giovane di 35 anni, sofferente fin da bambino, che aveva avuto a 28 anni perforazione di un'ulcera che fu curata colla cauterizzazione e affondamento dell'ulcera e colla gastroenterostomia posteriore. Un anno dopo ebbe una perforazione di ulcera digiunale, che fu cauterizzata e affondata. Operato a 33 anni pel sospetto di una terza perforazione, fu trovata un'ulcera di un'ansa digiunale che si era perforata in un'altra ansa. Da allora il p. era stato a dieta che non gli procurava disturbi.

In questo p. c'era un rapporto fra somministrazione di alcuni cibi e sintomi; egli aveva una storia di urticaria e nella sua famiglia esisteva eczema. Furono fatte reazioni cutanee; alcune diedero reazione positiva e di queste una parte dava, se presa per bocca, i disturbi di cui si lamentava il paziente. C'erano poi altri alimenti che mentre provocavano i disturbi non davano reazione cutanea.

La possibilità che l'allergia sia causa di ulcera peptica è stata variamente contemplata nella letteratura. Demel, nel 1923, l'interpretò come un fenomeno di anafilassi locale. Svy e Shapiro, nel 1925, produssero nei conigli lesioni somiglianti all'ulcera peptica iniettando siero eterogeneo pel quale gli animali erano già stati sensibilizzati. Alessio e poi Vallone ripeterono questi esperimenti con risultati un po' diversi.

Gli AA. vollero studiare dal punto di vista dell'allergia 32 casi di ulcera duodenale (in 20 la diagnosi fu anche accertata all'intervento, mentre negli altri 12 la diagnosi clinica e radiologica appariva certa). Colle cutireazioni con estratti di alimenti fu trovata allergia nel 40 % dei casi, il che rappresenta una percentuale superiore alla normale. Eosinofilia fu trovata in due malati, di cui uno era anche asmatico.

Soltanto in pochi casi gli AA. poterono sottoporre il malato a dieta priva delle sostanze che provocavano reazione cutanea e successivamente a dieta fornita di queste sostanze. In alcuni ammalati (4) l'uso di queste sostanze provocava dolore e malessere, mentre in 13 questo non si verificava. In un gruppo di sei ammalati dal cui vitto erano state eliminate le sostanze per le quali c'era ipersensibilità si ebbe scomparsa dei sintomi.

In sei ammalati ci fu recidiva dell'ulcera dopo l'operazione; in 3 di essi c'erano fenomeni di allergia personale e in 3 di allergia familiare; nessuno aveva eosinofilia; uno solo poteva prendere le sostanze per cui c'era ipersensibilità senza avere dolore.

Certamente solo una parte delle ulcere duodenali è di origine allergica. L'argomento merita di essere ampiamente studiato. Le cutireazioni non sono sufficienti per ammettere un'allergia alimentare; alle cutireazioni bisogna aggiungere le prove coi vari cibi. Il riconoscere un fattore allergico nell'ulcera duodenale ha importanza anche dal lato terapeutico. R. LUSENA.

Tubercolosi duodenale.

Mattews e Delancy (*Archives of Surgery*, dicembre 1932) riportano un caso di occlusione duodenale dovuta a tubercolosi iperplastica del duodeno. Istologicamente il pezzo asportato presentava notevoli rassomiglianze con un linfosarcoma cosicchè solo con studio accurato si potè giungere alla diagnosi. La paziente presentava anche altre localizzazioni tubercolari. Dalla letteratura l'A. ha raccolto 123 casi di tubercolosi duodenale. Di alcuni di questi l'A. ha dubbi circa la loro diagnosi che era stata avanzata per la presenza di focolai tubercolari in altre parti del corpo, ma senza controllo sulla lesione duodenale.

La tubercolosi duodenale può essere a tipo ulcerativo, a tipo cicatriziale e finalmente a tipo iperplastico. Questa è la più rara delle tubercolosi duodenali ed è appunto a tale tipo che appartiene il caso descritto. L'intervento chirurgico nei casi in cui è possibile è l'unico trattamento indicato. V. GHIRON.

Una forma gastralgica ricorrente con afte boccale dovuta a malaria.

Fra i casi di sindromi insolite da malaria è degno di nota quello presentato da Spiro Pesopoulus (*Arch. f. Schiff. u. Tropen-Hyg.*, febbraio 1933). Si trattava di un giovane, il quale durante 3 anni ha presentato degli attacchi violenti di gastralgia, prolungantesi per 8-12 giorni; essi erano preceduti di 2-3 giorni da comparsa di afte boccale ed accompagnati da febbre alta; nessun rimedio riusciva a calmare le crisi dolorose; tutte le ricerche di laboratorio erano costantemente negative (anche quella del plasmodio); siccome però nella storia figurava la malaria, all'inizio fu tentata la cura chininica sebbene non troppo sistematica ed intensa; in seguito se ne desistette visto l'effetto quasi nullo. Le molteplici cure ulteriori furono vane ed il malato andò peggiorando nel suo stato generale; si pensò perfino all'appendicite cronica, ma l'intervento operatorio rimase senza risultato.

L'A. ritentò la cura chininica, questa volta però intensa e prolungata; l'effetto fu lento, ma manifesto; gli attacchi ulteriori si attenuarono gradualmente; dopo 6 mesi il malato potè dirsi guarito.

Quanto alla sindrome gastralgica (dolori all'epigastrio propagantisi a tutto l'addome) questa venne già descritta nella malaria; la sua patogenesi rimane però oscura: Wiener la spiega con formazioni di ulcerazioni, altri (Cardamatis) credono trattarsi di un peggioramento di una malattia gastrica preesistente.

La letteratura non menziona l'afte malarica esclusi i casi dovuti alla cachessia. Secondo l'A. nel caso in esame l'accesso malarico rappresentava un fattore predisponente; tanto più che l'infermo andava soggetto all'afte anche in tenera età; un fenomeno analogo si osserva pure nelle altre malattie infettive acute o croniche che preparano il terreno alla comparsa delle eruzioni sulla mucosa buccale. S. MINZ.

Pilorospasmo nel lattante.

In una lezione clinica G. Caronia (*La Pediatria*, f. 3, 1 marzo 1933) precisa i caratteri del pilorospasmo nel lattante.

Si trattava, nel suo caso, di un bambino molto denutrito, con espressione intensamente sofferente, il quale, messo al seno materno, dopo poche suzioni, con segni di sofferenza aumentata, emetteva il latte a getto, e solo in parte coagulato.

L'addome avvallato, poco trattabile, poneva in evidenza all'epigastrio una tumefazione che si spostava spontaneamente, per la presenza di onde peristaltiche, ed era palpabile in forma di una massa molle grande quanto una mandorla.

Il vomito, costituente il sintomo fondamentale, non poteva essere considerato di origine esofagea nè intestinale, nè del tipo di quelli episodici che accompagnano le malattie acute.

Si trattava dunque di un vomito in rapporto ad anomalia gastrica, e nel lattante se ne distinguono di tre tipi: il vomito abituale, la ruminazione e il pilorospasmo.

Forse trattasi di anelli di una stessa catena; comunque, escluso il vomito abituale, nel quale le condizioni generali non sono per solito alterate e, sopratutto, non si hanno fenomeni obiettivi sulla regione epigastrica, ed esclusa la ruminazione che ha egualmente sintomatologia diversa, che insorge dopo il secondo trimestre, non restava che a pensare al pilorospasmo.

Di questi se ne distinguono una forma semplice ed una con ipertrofia pilorica, la quale è però assai rara nei nostri paesi e mostra un tumore di contrazione di consistenza assai dura, quasi cartilaginea.

Il sondaggio gastrico dimostrò presenza di stasi gastrica, non oltrepassante la quarta ora, e la radioscopia mise in evidenza il passaggio saltuario di piccole quantità di pasto oltre il piloro, come appunto si verifica nel pilorospasmo semplice.

Il substrato della sindrome sarebbe nella costituzione neuropatica del lattante, ma tra le cause della predisposizione si troverebbe spesso l'eredolues.

Dal punto di vista terapeutico fu regolata l'alimentazione, dando una poppata di 10-12 minuti ogni tre ore, riattaccando al seno dopo il vomito; si cercò di attenuare lo spasmo somministrando dosi opportune di atropina, bromuri, e polveri alcaline e inerti; si curò infine l'eredità luetica con preparati mercuriali.

Dopo un mese si ebbe la guarigione completa. M. FABERI.

Nell'enterocolite acuta dei bambini.

Babonneix (*Gaz. Hôpilaux*, 15 sett. 1932) consiglia quanto segue:

1) Applicare, di giorno, sul ventre delle compresse umide e calde, da sostituire, di notte, con una falda di cotone asciutto.

2) Se non vi sono dolori di ventre, dare al mattino, a digiuno, un cucchiaino di olio di ricino.

3) Nei giorni seguenti, e per una settimana, far prendere, un'ora prima dei due pasti principali, un cucchiaio della soluzione di Bourget:

Fosfato di sodio . . .	cg.	50
Solfato di sodio . . .	g.	1
Bicarbonato di sodio . .	g.	1,50
Acqua distillata q. b. per	cmc.	250

4) Tenere il bambino a letto; fargli bere per tutto il periodo acuto (24 ore al massimo) degli infusi caldi (tè leggero, tiglio) e poi del brodo magro. Tentare in seguito le puree leggere, la pasta cotta a lungo nell'acqua salata a cui si aggiunge, al momento di farla mangiare, un po' di burro fresco, oppure delle marmellate ben passate. Se tali alimenti sono ben tollerati, aggiungervi, dopo 2-3 giorni, delle uova al guscio, affogate o strapazzate, un po' di carne arrosto od ai ferri, dei pesci magri in bianco, con un po' di limone al momento di servirli.

Il latte va proibito salvo che per preparare le *purées*. *fil.*

Criteri di scelta degli interventi chirurgici per ulcera duodenale.

W. Walters (*Ann. of Surgery*, agosto 1932) pone a confronto i reperti anatomici degli stomaci e duodeni resecati per u. d. nelle cliniche tedesche e nella Mayo Clinic. Mentre nei primi, come ha messo in evidenza specialmente Konjetzny è quasi costante una gastrite ulcerosa dell'antro con atrofia o ipertrofia della mucosa — nei pezzi della Mayo Clinic tale reperto è eccezionale. —

Bisogna concludere che la patologia e la biologia dell'u. d. è diversa nei due paesi, il

trattamento quindi differirà anche esso. Si spiega pure l'alta percentuale di insuccessi e di ulcere peptiche che a causa della gastrite si hanno dopo operazioni conservative quali la g. e. e la piloroplastica con escissioni dell'ulcera; e come questi interventi diano buoni risultati in America. In questo paese le operazioni conservative anzidette sono seguite da recidive dell'ulcera nel 2,5 % dei casi, probabilmente sono quelli che si accompagnano a catarri cronici gastrici. Del resto anche in altri campi della patologia si osservano differenze fra un paese e un altro, così nei gozzi tossici, nei calcoli urinari, nelle embolie postoperatorie.

L'A. crede che si debba coll'ausilio della radiologia e colla palpazione durante l'intervento cercare di distinguere i casi con gastrite dell'antro da quelli di semplice u. d. senza lesioni gastriche e regolarsi in conseguenza nella scelta dell'intervento. M. ASCOLI.

IGIENE SOCIALE.

L'anchilostomiasi nel Comune di Firenze.

I. Gorrieri (*L'Igiene moderna*, aprile 1933), dopo un breve accenno alla diffusione mondiale dell'anchilostomiasi, ha messo in evidenza come questa infestazione sia assai estesa anche in Italia, soffermandosi a studiare particolarmente un focolaio di anchilostomiasi in una zona rurale compresa nel territorio comunale di Firenze, in cui le Autorità competenti già da molti anni conducono una lotta difficile e ininterrotta.

L'A. analizza le cause che alimentano questo focolaio endemico e formula le seguenti proposte per una lotta razionale:

1) Assicurarsi ufficialmente che il malato, o i malati, vengano curati con rapidità e con mezzi di provata azione disinfestante, mezzi che potrebbero anche essere forniti dal Comune stesso o dallo Stato o dalla Provincia.

2) Estendere la ricerca delle uova del parassita a tutti gli abitanti delle case, coloniche o no, prossimiori a quelle dove l'anchilostomiasi si è verificata.

3) Rendere obbligatorio, almeno nei due anni successivi alla denuncia e alla cura di uno o più casi, l'esame delle feci non solo di coloro che albergarono il verme, ma anche di tutti gli altri conviventi, onde controllare se il focolaio morboso è realmente spento o non si mantiene invece con forme subdole non rilevabili clinicamente; la quale ultima circostanza spiegherebbe il ripetersi quasi ciclico, a distanza di poco tempo, della infestazione nelle stesse famiglie e nelle stesse località in precedenza colpite.

4) L'esame delle feci dovrebbe a ogni modo essere fatto eseguire *sempre e ogni volta* un paio di mesi prima del cambio di abitazione (ben si comprende per i casi sopra detti), cambio di abitazione da denunciare all'Ufficio d'Igiene non meno di tre mesi prima che si effettui, onde poter provvedere a sottoporre a intensa cura eventuali portatori del parassita, per ovviare con ciò alla diffusione dell'infestazione. A. P.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Effetti iperperistaltici elettrografici.

L'elettrogastrografia diretta è stata fatta da Alvarez e da Alvarez e Mahoney col galvanometro di d'Arsonval nei gatti; gli elettrogrammi corrispondono ai meccanogrammi presi contemporaneamente. Alvarez nel 1922 ottenne l'elettrografia in una donna vecchia ed emaciata che aveva peristalsi visibile mettendo gli elettrodi sulla parete addominale, ma non riuscì ad ottenere risultati in persone muscolose.

I. Harrison Tumpeer, aiutato per la parte tecnica da Bessie Philips (*The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, dicembre 1932), pensando che la peristalsi visibile che accompagna la stenosi pilorica ipertrofica visibile si sarebbe prestata a registrazioni elettrografiche, ne studiò due casi, e a questi aggiunse la elettrografia della peristalsi intestinale in un caso di megacolon.

Per quanto riguarda la peristalsi gastrica furono confermate le osservazioni di Alvarez. Il Tumpeer ha osservato in un elettrocardiogramma delle modificazioni che si possono solo spiegare con un'iperperistalsi intestinale sopraggiunta mentre il paziente era sottoposto alla elettrocardiografia. Questo è un campo di studi nuovo in elettrocardiografia e merita ulteriori indagini. R. LUSENA.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Acquaviva (*Siena*). — Vedi Montepulciano.

Agrigento. *Ammin. Prov.* — Scad. 23 giu.; assistente alla Sez. med.-microgr. del Laborat. prov. d'igiene e prof.; L. 9400 aumentabili a 11.500 in 3 quadrienni, oltre L. 700 serv. att. e c.-v.; età lim. 35 a. al 10 mag.; tassa L. 50.

Albino (*Bergamo*). — Col 30 giugno 1933 scade il concorso, bandito il 1° maggio corrente per la terza Condotta Medica di questo Comune comprendente territorio ex Comune di Vall'Alta e Frazioni Oltreserio. Stipendio residenziale L. 8000, cinque quinquenni, mezzi di trasporto L. 2000, spesa ambulatorio L. 500, salvo ritenute e riduzione 12 %. Documenti di rito. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

Alessandria. *Amministrazione Provinciale.* — Concorso per titoli ed esami al posto di coadiutore della Sezione. Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Stipendio L. 14.000 elevabile a L. 16.000 e indennità di servizio attivo L. 2500, riduzione 12 %. Il termine di scadenza è prorogato al 31 luglio 1933-XI.

Alessandria. *R. Prefettura.* — Scad. 31 lug., ore 17; uff. san. di Ovada; L. 6000 e 3 quadrienni di L. 800; riduz. Chiedere annunzio.

Ancona. *Ospedale Civile Umberto I.* — Fino alle ore diciotto del 20 luglio 1933 è aperto il concorso per titoli al posto di chirurgo primario dirigente di uno dei due riparti di chirurgia. Per la richiesta di informazioni e della copia del bando rivolgersi all'Ufficio di Amministrazione dell'Ospedale.

Avellino. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'igiene e profilassi. Stipendio, indennità servizio attivo, pari a quelli stabiliti pel grado VIII, gruppi A e B, degli impiegati dello Stato, senz'altra aggiunta. Età lim. anni 45. Scadenza ore 12 del 10 agosto 1933. Chiedere chiarimenti al Segretario Generale dell'Amministrazione.

Bergamo. *Ammin. Prov.* — Scad. 15 lug.; assistenti nelle Sezioni med.-micrograf. e chim.; L. 10.000 e 10 scatti biennali di L. 450, oltre L. 2500 serv. att. 10 % proventi; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Caprarola (*Viterbo*). — Posto per la seconda condotta. Stipendio annuo L. 9500 ed assegni per cura poveri oltre i mille. Caro-viveri come altri impiegati. Scadenza 31 luglio 1933. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Comune.

Caprino Bergamasco (*Bergamo*). — Scad. 31 lug.; età lim. 40 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 25 apr.; stip. L. 6.500 e addizionali di L. 5 e di L. 2 per ciascun iscritto, duplice elenco; L. 500 per uff. san. fino a 2000 abit. e addizionale L. 0,10 per ogni abitante in più; L. 400 ambulat.; c.-v.

Carrè (*Vicenza*). — Scad. 31 mag.; con Chiuppano; rivolgersi Segret. com.

Castelbellino (*Ancona*). — Per titoli. Scadenza venti giugno 1933 - XI. Periodo di prova 2 anni con disdetta sei mesi prima. Stipendio annuo L. 9000 suscettibili di cinque aumenti quadriennali del decimo dello stipendio oltre l'indennità caro viveri a norma di legge e se dovuta. Stipendio ed indennità sono soggetti alla riduzione del 12 %. Età massima anni 40 salvo eccezioni di legge. Indennità cavalc. L. 3000 se il Sanitario abbia in proprio uso l'automobile o cavallo: L. 2000 se provvisto di motocicletta, L. 1000 se di bicicletta. Nell'istanza il concorrente dovrà dichiarare d'accettare il Capitolato in corso d'approvazione Superiore. Assunzione servizio entro un mese dalla partecipazione di nomina. La domanda dovrà essere corredata del certificato della Federazione Provinciale comprovante iscrizione al Partito Nazionale Fascista, nonchè degli altri documenti citati nel Bollettino Nazionale dei Concorsi con avvertenza che quelli ai numeri 2-3-4-7 dovranno essere in data non anteriore a tre mesi dal 1° maggio 1933. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

Castelfidardo (*Ancona*). — Per titoli. Posto della prima condotta medica prevalentemente *chirurgica* con direzione Ospedale Civile. Scadenza tredici giugno 1933. Stipendio iniziale L. 8000 con 5 aumenti quadriennali. Assegno di L. 3000, per Direzione Ospedale. Indennità mezzi di trasporto: L. 3000 se con cavallo o automobile; L. 2000, se con motocicletta; L. 1000, se con bicicletta. Indennità temporanea caroviveri, come per gli altri impiegati. Dette somme sono soggette alla riduzione del 12 % e alle ritenute legali. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria comunale di Castelfidardo (Ancona).

Castelnuovo Bormida (*Alessandria*). — Fino a tutto il 28 giugno 1933-XI è aperto il concorso, per titoli, al posto di medico condotto. Stipendio L. 7000. Indennità Ufficiale Sanitario L. 500. Indennità di trasporto L. 500 al lordo delle ritenute di legge e della riduzione del 12 %. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

Castelsardo (*Sassari*). — Scad. 15 giu., ore 18; consorzio; per Tergu; L. 9240 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1584 uff. san. e L. 2200 cavalc.; retribuzioni già decurtate del 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi. Iscrizione P. N. F.

Chigio (*Savona*). — Scad. 30 giu.; L. 9000; età lim. 40 a.

Collio (*Brescia*). — Scad. 25 giu.; L. 9000 oltre L. 3000 cavallo, L. 600 uff. san., alloggio gratuito; riduzione.

Comacchio (*Ferrara*). — Per titoli, concorso per la IV Condotta (frazione di S. Giuseppe) con residenza in S. Giuseppe. Scadenza ore dodici del 25 giugno 1933, XI. Stipendio annuo lordo Lire 10.000. Assegno complementare L. 3000, per il tempo in cui verrà corrisposto agli impiegati del Comune. Indennità di cavalcatura L. 3500. Il tutto soggetto alla riduzione del 12 per cento. Cinque aumenti quadriennali di un decimo dello stipendio iniziale, non computato, agli effetti della maturazione del primo aumento, il periodo di prova. Età massima anni 35 al giorno 8 maggio 1933, salvo eccezioni di legge. Documenti di rito. Assunzione servizio entro venti giorni dalla partecipazione, sotto pena di decadenza. Riserva di sottoporre i concorrenti, anche se eventualmente

nominati, ad apposita visita medica per accertare la sana costituzione e l'idoneità fisica. Chiarimenti alla Segreteria Comunale.

COMO. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Scad. 15 lug., ore 18; direttore del Consorzio; lire 21.000 e 3 trienni dec., oltre L. 3000 indenn. carica quale direttore del Dispensario; riduz. 12 %; nomina e conferme quinquennali; titoli ed esami; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 30 apr. Esercizio professionale limitato. Chied. annunzio.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Scad. 30 giu., ore 17; aiuto chirurgo; età lim. 35 a.; L. 7050 da decurtarsi del 12 %, c.-v. e altre indennità regolamentari; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 20 mag. Nomina e conferma biennali. Per le altre condizioni chiedere annunzio alla Segreteria.

FOGGIA. *Amministr. Prov.* — Scad. 15 giu.; coadiutore e assistente nel Laborat. prov. d'igiene e profilassi; stipendi L. 14.000 e L. 12.000, oltre L. 1400 e L. 1200 serv. att.; titoli ed esami; età lim. 35 a. Rivolgersi Segreteria.

FROSINONE. *Amministraz. Prov.* — Scad. 30 giu.; coadiutore nella Sez. Med.-Micrograf. del Laborat. Prov. d'Igiene e Profilassi; L. 11.000 oltre 20 % serv. att., 10 bienni 5 %; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 25.

LECCO (*Como*). — Al 10 luglio, ore 18; medico comunale aggiunto; L. 9000 oltre L. 3000 trasp.; c.-v.; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 12 mag.; titoli ed esami (prove pratiche di clinica med. e di clinica pediatr., eventuali esami di laborat., due prove scritte, una prova orale). Chiedere annunzio.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Scad. 22 giu., ore 16; due assistenti medici interni per il Sanatorio Vitt. Em. III presso Garbagnate Milanese; L. 6100 oltre L. 1500 residenza, L. 10 ogni guardia, vitto, alloggio ecc.; ritenute; età lim. 35 a.; doc. a un mese dall'8 mag.; titoli ed esami; serv. entro 20 gg. Chiedere annunzio.

MONTALBANO DI ELICONA (*Messina*). — Scad. 21 giu.; L. 8000 oltre L. 2000 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 35 a. al 2 mag.; tassa L. 50.

MONTEDORO (*Caltanissetta*). — A tutto il 14 lug.; con Bonpensiere; L. 14.000 oltre L. 1500 cavalc. e L. 500 uff. san.; decurtaz. 12 %; età lim. 40 a.

MONTEPULCIANO (*Siena*). — Per titoli. Posto di condotta medico-chirurgica per la frazione di Acquaviva. Stipendio L. 7500, otto aumenti triennali, indennità cavalcatura L. 3000 e caroviveri di legge; tutto da ridursi del 12 %. Scadenza diciotto agosto 1933. Richiedere avviso alla Segreteria comunale di Montepulciano.

NOVARA. *Amministrazione Provinciale.* — A tutto il 30 luglio 1933 è aperto il concorso per titoli scientifici e pratici per i seguenti posti presso l' Istituto Provinciale per l'Infanzia « Principi di Piemonte », in Novara: *a)* Direttore sanitario, stipendio annuo L. 15.000, più L. 2000 per indennità mezzo di trasporto; *b)* Assistente sanitario, stipendio annuo L. 8500 più L. 1000 per indennità mezzo di trasporto. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale di Novara.

NOVI LIGURE (*Alessandria*). — Concorso al posto di Ufficiale Sanitario del Comune. Stipendio L. 12.000. Indennità accessorie secondo legge. Scadenza ore diciassette del 31 luglio 1933. Per schiarimenti rivolgersi alla R. Prefettura di Alessandria.

OVADA (*Alessandria*). — Per titoli ed esami. Posto di ufficiale sanitario. Stipendio annuo L. 6000 lordo ritenute e riduzione di legge. Tre aumenti quadriennali L. 800. Scadenza ore diciassette del 31 luglio 1933-XI. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria comunale.

PESCARA. — Per titoli ed esami. Posto di coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio prov. d'igiene e di profilassi. I documenti richiesti per l'ammissione sono quelli indicati nel R. D. 16 gennaio 1927, n. 1255. I concorrenti dovranno, inoltre, inviare la somma di L. 50,10 per tassa di concorso, mediante vaglia intestato al Cassiere provinciale. Al posto predetto è attribuito lo stipendio di L. 10.000, suscettibile di quattro aumenti quadriennali di L. 800 ciascuno, la indennità di servizio attivo, in L. 2000 annue, e la cointeressenza sul provento delle indagini, di interesse privato, in ragione del 12 per cento. In aggiunta dei precitati assegni sarà corrisposta la indennità di caro-viveri, nella misura e con le modalità già in vigore per gli impiegati dello Stato. Lo stipendio e gli assegni, sono soggetti alla riduzione del 12 % ed alle ritenute per R. Mobile e Cassa di Previdenza come per legge. Il termine utile per la presentazione delle domande di ammissione scade alle ore diciannove del 30 giugno 1933, XI. Per notizie e schiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione provinciale di Pescara.

PISA. *RR. Ospedali Riuniti di Santa Chiara.* — Tre posti di medico-chir. assistente. Concorso per titoli ed esami. Stip. annuo L. 4000 oltre le indennità caro-viveri a norma di legge e la indennità di servizio attivo di L. 1100 il tutto, al lordo delle prescritte ritenute e della riduzione del 12 %. Le nomine avranno la durata di due anni. Le domande di ammissione al concorso, in bollo competente, accompagnate dai prescritti documenti, l'elenco dei quali con le rispettive modalità ed altre notizie (limiti di età, ecc.), possono desumersi dall'avviso di concorso 20 maggio 1933 da richiedersi alla Segreteria generale dell'Ospedale, debbono pervenire alla predetta Segreteria generale non più tardi delle ore diciotto del 22 giugno 1933-XI.

POTENZA. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Posto di Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi. Scadenza ore diciotto del 15 luglio 1933 (XI). Stipendio iniziale L. 16.000, aumentabile a L. 17.800, oltre ad una indennità di servizio attivo di L. 3.630 annue. Gli assegni sono soggetti alla riduzione del 12 % e alle ritenute obbligatorie. Età minima 21 anni, massima 45, salvo eccezioni di cui all'art. 9 del R. D. 16-I-1927, n. 155 (« Gazz. Uff. », 22-II-1927, n. 43). Documenti e titoli di studio indicati all'art. 8 del su citato R. Decreto. Tassa di concorso L. 50. Prove di esami secondo i programmi e le norme generali di cui al Decreto 9 maggio 1927 del Ministero dell'Interno. Periodo di prova anni due. Assunzione di servizio entro trenta giorni dalla partecipazione di nomina sotto pena di decadenza. Accettazione, ad ogni effetto di legge, del Regolamento per il Laboratorio, di quello organico per gli uffici provinciali e delle eventuali modifiche che possano

in seguito esservi introdotte. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

REGGIO CALABRIA. *Amministrazione provinciale.* — Concorso, per titoli scientifici e pratici, a due posti di medico di sezione dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Reggio Calabria. Età richiesta: minima di anni 21; massima di anni 35, prorogata a 40 anni per gli ex combattenti; per i dipendenti da altre Amministrazioni provinciali non sarà tenuto conto dei limiti di età. Da esibire, entro il 20 giugno p. v., oltre i consueti documenti di rito, titoli e documenti atti a comprovare la competenza tecnica acquistata per studi speciali compiuti o per servizi prestati in Manicomi o Cliniche psichiatriche, ai sensi e per gli effetti dell'art. 21 del regolamento 16 agosto 1909, n. 615. Stipendio annuo: L. 14.400, aumentabile a L. 15.000 dopo quattro anni di servizio, a L. 15.900 dopo otto anni, ed a L. 16.700 dopo dodici anni; L. 3000 all'anno per supplemento di servizio attivo. Tutte le competenze sono soggette alla riduzione del 12 %. Per maggiori chiarimenti rivolgersi all'Amministrazione provinciale di Reggio Calabria.

SARNO (*Salerno*). — Scad. 15 lug., ore 14; 2ª cond.; L. 6000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 1500 cavalc.; età lim. 45 a. al 5 mag.; doc. a 3 mesi; tassa L. 50.

SAVIGNO (*Bologna*). — Scad. 15 lug.; con Monte San Pietro; L. 9800 oltre L. 3000 cavalc.; c.-v.

SETTIMO TAVAGNASCO (*Aosta*). — Scad. 31 lug.; consorzio; L. 9000 oltre addizionale poveri L. 500, uff. san. L. 800, inden. trasp.; 10 aumenti ventesimo; età lim. 35 a.; riduz. 12 %.

SUTRIO (*Udine*). — Scad. 20 giu.; con Cercivento; L. 11.000 oltre L. 600 serv. att., L. 1000 uff. san., L. 3000 trasp.; riduz. 12 %; tassa L. 50,50.

TALMASSONS (*Udine*). — Scad. 23 lug.; L. 8000 oltre L. 500 serv. att., c.-v., L. 800 se uff. san., L. 2640 trasp., 6 quadrienni dec.; età lim. 40 a.

VAGLIO LUCANO (*Potenza*). — Scad. 31 luglio· L. 7000 e 6 quadrienni dodicesimo; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

VENTOTENE (*Napoli*). — Scad. 19 giu.; L. 9500 oltre L 500 se uff. san., eventualmente incarico Colonia di confinati; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

VERCELLI. *Ospedale Maggiore.* — Scad. 26 giu., ore 18; direttore medico e 4 primari, per le Sezioni mediche, ostetr.-ginec., radiofisioterapica e dermoceltica.

VOGHERA (*Pavia*). — *Ospizio Provinciale degli Esposti e Istituto di Maternità.* — Scad. 20 giu.; medico chirurgo primario; L. 5000 e indenn. c.-v. se consentita; riduz. e ritenute di legge; età lim. 45 a.; tassa L. 50. Rivolgersi Segreteria dell'Istituto, via Torino, 7.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Fondazione Luigi Concetti.

Giusta lo Statuto della Fondazione « Luigi Concetti » è aperto il concorso nazionale al premio di L. 2000 da assegnarsi alla migliore monografia riguardante studî pediatrici pubblicata nel biennio 1932-33.

Al premio possono concorrere monografie stampate o dattilografate non presentate ad altro concorso.

Coloro che intendono prendere parte al concorso devono rivolgere la loro domanda, accompagnata da tre copie delle monografie, alla presidenza della Società Italiana di Pediatria (corso Bramante 29, Torino) non più tardi del 31 dicembre 1933-XI.

Il premio sarà assegnato entro il 1934.

Concorso « Luigi Sabbatani ».

In relazione all'avviso di concorso del 31 maggio 1932-X riguardante il concorso « Luigi Sabbatani » bandito per donazione della Italmerck S. A. Milano, la Commissione giudicatrice ha ritenuto di prorogare il termine per la presentazione dei lavori al 30 settembre 1933-XI. Questa proroga va considerata come termine assolutamente definitivo.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Nicola Longo, direttore dell'Ospedale dei Pellegrini di Napoli, è nominato, con Sovrano *motu proprio*, grande ufficiale nell'Ordine della Corona d'Italia.

Il prof. Guido Becchcrle, direttore dell'Ospedale civile di Castiglione delle Stiviere, con Sovrano *motu proprio*, è nominato ufficiale nello stesso Ordine.

Il dott. Pietro Buoncristiano di Napoli, su proposta del Capo del Governo, è nominato cavaliere nello stesso Ordine.

Ai tre distinti sanitari i cordiali rallegramenti de « Il Policlinico ».

La Commissione giudicatrice del concorso al posto di direttore del Consorzio Antitubercolare di Brindisi ha dichiarato idoneo al conferimento delle funzioni direttive il dott. Socrate Martucci di Clavica da Mesagne.

La Direzione Generale della Sanità Pubblica ha assegnato al prof. Egisto Moretti, docente di clinica oculistica a Catania, una borsa di studio per ricerche sul cancro da espletarsi presso le Università di Vienna e di Parigi.

Il col. med. F. Martoglio, direttore dell'Ospedale Militare di Padova, è nominato direttore di Sanità Militare del Corpo d'armata di Udine.

Il col. med. Tecce, direttore di Sanità del Corpo d'armata di Bari, è nominato presidente sostituto del Collegio Medico legale presso il Ministero della Guerra. A coprire il posto vacante è destinato il col. med. R. Ciauri.

Il ten. col. med. R. Landriani, dell'Ospedale Militare di Milano, è nominato capo dell'ufficio di Sanità del Comando Militare della Sardegna e direttore dell'Ospedale di Cagliari.

I tenenti colonnelli U. Simula, S. Briguglio, V. Accorini, S. Colitti sono nominati rispettivamente direttori degli Ospedali Militari di Trento, Messina, Verona e Padova.

Il prof. R. Proust è nominato titolare di tecnica chirurgica a Parigi.

Il prof. G. Jannelli è incaricato dell'insegnamento di medicina operatoria a Napoli.

NOTIZIE DIVERSE.

4° Congresso internazionale di radiologia.

Avrà luogo a Zurigo dal 24 al 31 luglio, sotto la presidenza del prof. Hans R. Schinz. Nelle sedute plenarie verranno trattati gli argomenti: Radiodiagnosi dei tumori delle ossa; Vasografia; Aspetto radiologico dello sviluppo della tubercolosi polmonare; Radioterapia del cancro uterino; Radioterapia del cancro della cavità orale e del faringe; Radiogenetica; Radiazioni mitogenetiche; Analisi della struttura cristallina; Il problema dell'unificazione del dosaggio in roentgenterapia e curieterapia; Raggi gamma duri, raggi cosmici e raggi d'origine terrestre; Le onde corte in terapia. Inoltre sono previste le sezioni seguenti: Roentgendiagnosi; Radioterapia; Radiobiologia; Radiofisica e tecnica; Elettrologia ed Elioterapia. Durante il congresso sarà organizzata una mostra. Per quanto riguarda la mostra rivolgersi all'Ing. Strelin, Kilchberg-Zurich; per tutto il resto al segretario generale, Dr. H. E. Walther, Gloriastrasse 14, Zurich.

2° Congresso internazionale di chirurgia ortopedica.

Ricordiamo che il prossimo Congresso della Società Internazionale di Ortopedia si terrà a Londra dal 19 al 22 luglio; saranno discussi i seguenti temi: 1° « Meccanismo generale delle articolazioni »; 2° « Trattamento della coxite ». L'Italia ha un solo relatore, il prof. F. Delitala di Venezia, per il primo tema. Non vi è quota d'iscrizione, essendo il Congresso riservato ai soli soci. Delegato italiano presso il Comitato internazionale è il prof. Vittorio Putti, direttore della R. Clinica ortopedica di Bologna. Segretario generale è il Dr. Delchef, rue Montoyer 34, Bruxelles, Belgio.

23° Congresso italiano delle scienze.

Presieduti dall'on. barone Blanc, si sono adunati in Roma il Consiglio direttivo e il Comitato scientifico della Società italiana per il progresso delle Scienze. È stato approvato lo schema del programma scientifico della XXIII Riunione che la Società terrà a Bari, nel prossimo ottobre; il discorso inaugurale sarà pronunciato dal vice presidente Dante De Blasi, Accademico d'Italia. Prossimamente sarà pubblicato il programma della riunione.

1° Congresso czeco-slovacco di cardiologia.

È indetto dalla Società czeco-slovacca di cardiologia, a Praga, durante i giorni 2-4 giugno (Pentecoste), sotto l'alto patronato del presidente della Repubblica T. G. Masaryk e sotto la presidenza effettiva del prof. V. Libesky. Il congresso tratterà, in tesi generale, del miocardio: fisiologia, patologia, terapia; tra i relatori è C. Pezzi di Milano. Sono in programma feste ed escursioni. Quota: Kc. 100 per gli aderenti, Kc. 50 per gli associati. La segreteria avrà sede fino al 31 maggio al Policlinico, Myskikova 7, Praha II; poi all'Istituto di Fisiologia e Istologia della Facoltà medica, Albertov 4, Praha II.

Congresso tedesco di medicina.

Dal 19 al 22 aprile si è svolto a Wiesbaden il congresso della Società tedesca di medicina interna, sotto la presidenza del prof. Schittenhelm di Kiel. Il congresso si è occupato in primo tempo del problema delle razze in Germania, reso di attualità dalle misure contro gli ebrei. I relatori e i congressisti furono unanimi nel rendere omaggio alle personalità israelite della medicina tedesca, come Ehrlich, Wassermann, Minkowski, Neisser, Baumgarten, Uhlenhuth, Sachs e molti altri. Poi vennero presi in esame i temi d'ordine scientifico e tecnico: la patologia delle emazie, il problema dei surreni, il compito dei metalli pesanti in fisiologia e in patologia.

57° Congresso tedesco di chirurgia.

Il Congresso della Società tedesca di chirurgia si è tenuto a Berlino dal 15 al 18 aprile sotto la presidenza del prof. W. Röpke di Barmen-Wupperthal. Temi discussi: shock operatorio e il problema dei narcotici, trattamento delle fratture, ferite del ginocchio, trattamento chirurgico e radiologico del cancro. Vennero eseguite interessanti dimostrazioni cliniche e proiezioni cinematografiche. Per il 1934 è stato eletto presidente il prof. Kirschner di Tubinga.

Assemblea di professori e assistenti universitari.

Il 14 maggio si è tenuta a Torino, nella Casa del Littorio, l'assemblea dell'Associazione fascista professori e assistenti universitari, sotto la presidenza del prof. Vezio Orazi, fiduciario nazionale dell'Associazione. V'intervenne il ministro Ercole. Furono lette le relazioni del prof. Neri per i professori e dell'ing. Lapidari per gli assistenti; tenne poi un discorso il prof. Orazi.

Invitati dal segretario del Partito, on. Starace, a presenziare il rapporto delle Gerarchie in occasione della grande rassegna del Fascismo subalpino al Teatro Regio, vi si recarono in massa, presenti i rettori d'università e capi d'istituti d'istruzione superiore, con alla testa il ministro on. Ercole; furono accolti da applausi e salutati da un vibrante e cordiale discorso dell'on. Starace.

Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Sotto la presidenza di Guglielmo Marconi il Direttorio del Consiglio Nazionale delle Ricerche, ha tenuto la sua riunione periodica.

Il Direttorio ha preso conoscenza con compiacimento della relazione favorevole presentata dalla Commissione da esso nominata, composta del senatore Viola presidente, e dei proff. Rondoni e Zoja, per l'esame della priorità del prof. Pietro Castellino nella cura delle anemie colla opoterapia epatica. La relazione sarà pubblicata nella Rivista del Consiglio « La Ricerca Scientifica ».

Il Direttorio ha esaminato poi alcune questioni relative a ricerche in corso.

Nella stampa medica.

Si è iniziata la pubblicazione del « Nuntius radiologicus », da noi già annunziato, che recensisce in lingua italiana tutti i lavori pubblicati nel campo della radiologia medica, li riordina in Sezioni, li lumeggia con rilievi critici, li correda di sunti in latino; in latino ed italiano è anche l'introduzione, che spiega le finalità del periodico. Dell'iniziativa ci compiacciamo col direttore A. Busi e con la redazione. L'abbonamento importa L. 60 per l'Italia e Colonie, L. 70 per l'Estero. Rivolgersi al segretario di redazione e direttore responsabile, dott. Aldo Lardinelli, Istituto di Radiologia, RR. Spedali, Siena.

All'Ospedale di Caltagirone.

Il 6 maggio furono inaugurate tre sale dell'Ospedale Civico Umberto I di Caltagirone, rispettivamente dedicate alla memoria del prof. Gesualdo Clementi, alla memoria dei germani Rocco e Grazia di Martino, che furono grandi filantropi, e al nome del dott. Luigi Carfì, al quale spetta il merito principale di aver messo in efficienza questo nosocomio. Erano presenti molte autorità e numerosi invitati. Il Vescovo, mons. Bargiggia, tenne una breve allocuzione e benedisse le sale. Parlarono poi il presidente della Congregazione di Carità avv. Benenati, e il prof. Lino; il prof. Reale, fiduciario della Croce Rossa, tenne il discorso ufficiale, smagliante nella forma e pregevole nel contenuto. Infine pronunziò poche e commosse parole di ringraziamento il dott. comm. Luigi Carfì, alla cui opera benefica ed illuminata molto deve la città di Caltagirone.

Un grande ospedale in Russia.

Si è in procinto di costruire uno dei più grandi ospedali dell'U. R. S. S. e del mondo, a Vormengo; risulterà di 37 edifizi che sorgeranno su di un'area di 90 ettari: una vera città. Potrà ospitare 2500 malati. Verranno attuate le norme più moderne della tecnica ospedaliera. La cucina e la lavanderia saranno centralizzate. Gli edifizi saranno circondati da vasti parchi e fontane. Già sono ultimati l'edifizio per l'amministrazione e i padiglioni chirurgici.

Il bicentenario della scoperta dell'ossigeno.

La « Royal Society » ha celebrato il bicentenario della nascita di Joseph Priestley, scopritore dell'ossigeno. Il Priestley era dottore in teologia; studioso appassionato di fisica e di chimica, egli scoprì l'ossigeno per caso, facendo agire i raggi solari, concentrati per mezzo di una lente, sull'ossido mercurico. La scoperta gli valse una grande riputazione. Tuttavia egli venne perseguitato per le sue idee di libertà, che lo avevano indotto a simpatizzare con la rivoluzione francese; la sua casa venne bruciata da fanatici ed egli dovette rifugiarsi a Londra e poi migrare a Filadelfia, ove fu colmato di onori. Finì tranquillamente i suoi giorni in una piccola fattoria di campagna.

Favorevole alla teoria del flogisto, fu un avversario scientifico irriducibile di Lavoisier, anche questi vittima del settarismo.

In memoria di Lejars.

Colleghi, amici e allievi del compianto prof. Félix Lejars, desiderosi di onorarne la memoria, hanno avuto il pensiero di farne riprodurre l'effigie in un medaglione, che verrà apposto nell'Ospedale Saint-Antoine di Parigi, in occasione del prossimo Congresso francese di chirurgia; una copia integrale del medaglione sarà offerta al paese natale del Lejars, Unverre. L'esecuzione è affidata al dott. Paul Richer, membro onorario della scuola delle Belle Arti di Parigi. È stata aperta una sottoscrizione. Chi sottoscrive per 100 franchi, riceverà una medaglia riproducente il medaglione. Rivolgersi al tesoriere, Georges Masson éditeur, boulevard Saint-Germain 120, Paris VIe (Conto corrente postale: Paris 599).

Medici stranieri in Italia.

Dal 14 al 30 settembre avrà luogo il 10° viaggio medico « Nord-Sud » alle stazioni idrominerali, climatiche e balneari d'Italia organizzato dall'ENIT, con la collaborazione del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici. Il viaggio s'inizierà a Venezia ed avrà termine a Roma.

Saranno visitate le seguenti località: Lido di Venezia, Cortina d'Ampezzo, Carezza, Merano, Molveno, Gardone Riviera e Lago di Garda, Roncegno, Levico-Vetriolo, Salsomaggiore, Montecatini, Acque Albule, Lido di Roma.

Il viaggio, diretto dal prof. Guido Ruata, sarà effettuato in treni speciali di prima classe ed in servizi di autobus. Il prezzo di iscrizione ammonta a L. 1500. I medici potranno farsi accompagnare da un membro della loro famiglia alle stesse condizioni, fino alla concorrenza di un terzo degli iscritti.

Per informazioni e per le iscrizioni rivolgersi all'ENIT, via Marghera 2, Roma.

Infortuni terapeutici.

In seguito ad un'applicazione diatermica al braccio di un paziente, eseguita dal dott. Bizot, di Beaune (Francia), si era determinata una grave scottatura, seguita rapidamente da tetano e da morte; d'onde una causa intentata dalla vedova, Marta Estella Lebrun, contro il medico. Questi non contestava i fatti, ma attribuiva l'infezione a infrazione delle norme da lui dettate, poichè il paziente non si era attenuto a riposo rigoroso. La signora Lebrun affermava invece che il riposo più assoluto era stato osservato. Il Tribunale Civile di Beaune affidò la perizia al prof. Bérard, della Facoltà medica di Lione. Il perito aveva concluso per il rigetto della domanda di danni. Il Tribunale decise invece di ammettere la Lebrun a provare il suo asserto, in contradittorio. Contro questa sentenza si è appellato il Bizot; ma la Corte d'appello di Digione ha confermato la sentenza e condannato il medico alle spese del giudizio di appello e ad un'ammenda.

Attenti ai certificati.

La XV Sezione del Tribunale di Milano ha condannato il dott. Vincenzo Menni a 20 giorni, accordando la condizionale e la non iscrizione, per un certificato di compiacenza rilasciato a certo Carlo Maino. Questi lo produsse alla Corte d'Appello, ove avrebbe dovuto comparire per un giudizio in 2ª istanza riflettente una condanna a 3 anni di reclusione per bancarotta fraudolenta. Il Menni certificava un'influenza con febbre alta e l'impossibilità di lasciare il letto; ma questa circostanza risultò falsa. Il Maino è stato pure condannato a 20 giorni.

25° anniversario di laurea.

Tutti i medici laureati nella R. Università di Pavia nel 1908 sono invitati a trovarsi, l'11 giugno p. v., alle ore 10,30, davanti al nuovo Policlinico S. Matteo per festeggiare il 25° anniversario di laurea. Parteciperanno alla riunione i proff. Devoto, Clivio, Tansini, Mantegazza, Monti. Inviare subito adesioni al dott. R. Bettmann, viale Monte Santo 10, Milano.

Una produzione teatrale medica.

Un gruppo di medici e studenti in medicina di Parigi rappresenterà il 9 giugno una produzione intitolata « La Revue des actualités médicales », col concorso della orchestra medica. La rappresentazione della rivista avrà luogo nella sala Adyar (avenue Rapp 35). Gl'introiti saranno devoluti alla Federazione degli Studenti in Medicina (F.E.M.).

Notizie brevi.

Il 4° Congresso romeno di chirurgia, ostetricia e ginecologia è indetto dal 18 al 20 giugno in Bucarest. Segretario generale: Dr. Savulesco, « Maternitatea » Joseana, Colonel Mihail Ghica 5, Bucuresti 44, Romania.

La Commissione d'Igiene pubblica della « Manchester Corporation » in Inghilterra ha deciso che d'ora in avanti il limite d'età per i medici ed i farmacisti negli ospedali municipali sia di 60 anni.

Per ordine del Commissario della Federazione germanica in Sassonia, è stata dissolta l'Unione dei medici socialisti di Dresda.

Il farmacista dott. Taddeo Valli di Precotto, nello scendere da un tram a Milano, venne investito e travolto da una motocicletta; trasportato all'Ospedale Maggiore, vi giunse moribondo, per la frattura della base del cranio.

Le infermiere dell'Istituto di Puericoltura di Oviedo hanno attuato improvvisamente lo sciopera per protestare contro una punizione inflitta ad una compagna; i lattanti hanno dovuto essere assistiti dai medici. Le scioperanti sono state immediatamente licenziate, provvedendosi alla sostituzione.

Il prof. E. Loewenstein, dell'Istituto Sieroterapico Statale di Vienna, in seguito ad invito della Scuola Nazionale di Sanità di Madrid, ha tenuto in detta scuola una conferenza su « La profilassi delle malattie infettive: tubercolosi, difterite, tifoide e malaria ». Erano annunziate altre conferenze.

Il prof. Gaetano Fichera ha tenuto a Bucarest, innanzi ad un pubblico di medici, alcune conferenze sul cancro, molto apprezzate ed applaudite.

Il 14 maggio la « Maternity Center Association » ha tenuto, negli Stati Uniti, la sua 13ª campagna per le madri.

Il miliardario canadese C. Miller, morto nel 1926, aveva istituito un premio per la donna di cui si fosse accertata la maggiore prolificità. A quanto informa il « Siècle Médical », il premio è stato assegnato all'italiana C. Bagnolo; esso ammonta a sei milioni e mezzo di lire.

Il 22 aprile è andato in riposo per limiti d'età il prof. Sebastian Recasens y Girol, direttore della clinica ginecologica e decano della Facoltà medica di Madrid.

È morto a Montevideo in età di 77 anni il prof. ALBERICO ISOLA, che per 40 anni aveva insegnato oftalmologia in quella Università; era nato in Italia

Si era ritirato volontariamente dalla cattedra.

Aveva acquistato larghissima e salda estimazione.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier

ANNO XL Roma, 5 Giugno 1933 - XI Num. 23

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA MEDICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI MESSINA.

Insulina, lecitina, colesterina e ricambio idrocarbonato.

Prof. GUIDO IZAR, direttore.
Dott. GIACOMO CAIZZONE, assistente vol.

Da più di 4 anni si persegue nella nostra Clinica un importante problema: esaltare l'azione dell'insulina riducendo nel contempo al minimo i pericoli di fenomeni ipoglicemici.

Lo spunto a queste indagini fu dato ad uno di noi (1) dall'osservazione che la bioplastina, introdotta per via parenterale, provoca nel soggetto sano un costante e cospicuo aumento del tasso glicemico mentre nel diabetico non modifica che in modo trascurabile il contenuto in glucosio del sangue.

Un'analisi ulteriore eseguita, dall'assistente Costantino (2) dimostrò che fra i vari componenti della bioplastina spetta in gran parte alla colesterina questa azione di esaltazione del tasso glicemico nel soggetto normale.

Era naturale abbinare a questi studi il fattore insulina ricercando l'influenza che la bioplastina, la lecitina e la colesterina spiegavano sulla sua azione ipoglicemizzante.

Di queste ricerche, iniziate sin dal 1929 fu già dato un primo saggio dall'assistente Polerà (3), che pubblicava nel 1932 in *Riforma medica* i risultati di alcune osservazioni.

Noi vogliamo qui ora riassumere e precisare l'efficacia di questo sinergismo che già nei lavori di Surànyi e Szalai [(4) (1930)], di Jacchia [(5) (1932)], di v. Gerlòczy [(6) (1930)], di Skouge e Schrumpf [(7) (1932)], di Jacchia [(8) (1933)] trova con esperienze nel coniglio e nell'uomo larga messe di conferme.

Lungi pertanto dall'invocare questioni di priorità noi riconosciamo ad altri il merito di avere prima della nostra scuola resi di pubblica ragione i risultati di indagini analoghe a quelle che da tanto tempo ci occupano. Ci preme però solo di mettere in giusta luce il fatto che da ben due anni noi lavoriamo con un com-

plesso di insulina + lecitina + colesterina preparato secondo le nostre istruzioni dal collega Zanoni di Milano. Noi siamo cioè usciti da tempo dal periodo sperimentale e da ben due anni siamo in pieno periodo pratico. Da due anni nella nostra Clinica è corrente l'uso di questo complesso nei casi nei quali appare utile in luogo della sola insulina.

* * *

Quali sono questi casi? Quali i vantaggi di questo abbinamento della colesterina e della lecitina all'ormone attivo insulina?

Dallo studio dei nostri protocolli e dalle conclusioni a cui son giunti Jacchia e Polerà in Italia, Surànyi e Szalai, v. Gerlòczy in Ungheria, Skouge e Schrumpf in Norvegia risulta che l'addizione di lecitina e colesterina all'insulina:

1) ne aumenta in modo spiccato il potere ipoglicemizzante;

2) ne prolunga l'azione al di là dei limiti di tempo noti;

3) protegge e preserva contro i noti fenomeni clinici di ipoglicemia;

4) determina una rapida scomparsa della chetonemia quando coesiste con l'iperglicemia.

Da queste acquisizioni sperimentali bene accertate e largamente confermate è facile giungere a delle conclusioni per la loro applicazione pratica che trovarono larghe conferme in vari anni di esperienza del metodo nella nostra clinica.

Non ricorreremo certo all'uso di questo complesso nei diabetici con tasso glicemico non molto elevato, chè in questi casi si verrebbe a frustrare uno dei più importanti momenti che sorgono dall'azione sinergica dei lipoidi con l'insulina, vogliamo dire l'esaltazione del potere ipoglicemizzante, sebbene anche in questi casi la citata azione protettiva contro i fenomeni ipoglicemici ci metta al riparo da ogni sorpresa.

Ma adopereremo il complesso sinergico sia nei diabetici ad alto tasso glicemico sia in quei diabetici che pur mostrando un basso tasso glicemico presentano fenomeni di acidosi. È proprio in questi casi, quando cioè siano in atto processi di autofagia, che il complesso sinergico spiega in pieno la sua efficacia, sia riportando il tasso glicemico alla norma, sia facendo cessare la sindrome chetonemica.

Vi è ancora un altro gruppo di diabetici nei quali è indicato il complesso sinergico: quei diabetici che si mostrano insensibili o poco sensibili all'azione della sola insulina. Noi potremmo a questo riguardo citare una lunga serie di casi, tutti con esito favorevole nel senso cennato: ce ne dispensa la concordanza dei risultati da noi ottenuti con quelli già resi noti da altri autori.

Per concludere l'uso del composto sinergico trova la sua applicazione in tutti i casi di diabete, fatta eccezione forse per i casi lievi o di media gravità a tasso glicemico basso.

* * *

Se per altro le prove cliniche largamente istituite dimostrano i grandi benefici che si traggono dall'associazione della insulina alla lecitina e colesterina, riesce per ora difficile spiegarne in pieno il meccanismo di azione. Solo ricordando le spiccate proprietà catalizzatrici sul ricambio organico delle miscele di lecitina e colesterina poste in luce da Cruto (9), Barchiesi (10), Piovano (11) e l'esito di recenti ricerche del Jacchia (8), che mette in evidenza una maggior combustione degli idrati di carbonio con risparmio dei processi ossidativi e conseguente abbassamento del metabolismo basale, e confortando questi dati sperimentali con lo spiccato miglioramento dello stato generale e l'aumento di peso presentato dai nostri soggetti, si può ammettere che l'abbinamento della lecitina e colesterina all'insulina valga a orientare l'organismo diabetico verso una più razionale utilizzazione e combustione delle sostanze idrocarbonate, ed una migliore utilizzazione del glucosio da parte delle cellule con contemporanea neutralizzazione di quelle sostanze spasmogene che secondo le vedute più recenti sono la causa dei fenomeni clinici di ipoglicemia.

RIASSUNTO.

Gli AA. richiamandosi a precedenti ricerche e sulla base di una larga esperienza clinica illustrano i vantaggi dell'associazione dell'insulina alla colesterina e lecitina cercando di spiegarne il meccanismo di azione.

BIBLIOGRAFIA.

(1) IZAR e COSTANTINO. Riforma medica, 1929, n. 19.
(2) COSTANTINO. Fisiologia e medicina, 1931, n. 7.
(3) POLERÀ. Riforma medica, 1932, n. 17.
(4) SURANYI e SZALAI. Klinische Wochenschrift, 1930, n. 46.
(5) JACCHIA. Minerva medica, 1932, n. 7. Giornale medico dell'Alto Adige, 1932, fasc. 12.
(6) V. GERLÒCZY. Orvosi hetilap, 1930.
(7) SKOUGE e SCHRUMPF. Zeitschrift f. Klin. Med., 1932, vol. 120.
(8) JACCHIA. Minerva medica, 1933, n. 6; Giornale medico dell'Alto Adige, 1933, fasc. I.
(9) CRUTO. Biochimica e ter. sperim., 1929, n. 5, e 1930, n. 2.
(10) BARCHIESI. Rass. di clin. e ter. e sc. affini, 1928, n. 4.
(11) PIOVANO. Ibid., 1929, n. 4.

NOTE E CONTRIBUTI.

POLICLINICO G. B. MORGAGNI DI ROMA.

Contributo alla terapia coi sali di magnesio in chirurgia urinaria, e alcuni dettagli nella preparazione degli operandi.

Prof. AUGUSTO CASSUTO, urologo.

« ... Un opéré de néphrectomie ne doit plus mourir par insuffisance rénale ». ALBARRAN. (*Exploration des fonctions rénales*).

Da alcuni anni siamo venuti saggiando la bontà dei diversi metodi e medicamenti sugli operandi, al fine di preservare questi ultimi, con una più corretta preparazione, specialmente dall'insufficienza renale.

Così che oggi possiamo dire di avere sistematizzato, migliorandole in base alla più accurata esperienza, le cure da applicare ai nostri infermi in procinto di subìre operazioni chirurgiche di una certa entità.

In genere, la durata normale della preparazione a un intervento, salvo naturalmente i casi di *periculum in mora*, o quelli che per ragioni speciali e sempre gravi devono invece essere protratti più a lungo, oscilla fra i tre e gli otto giorni.

È maturata in noi la convizione che base precipua di ogni cura pre-operatoria debba essere un'attenta digitalizzazione del paziente. Somministriamo ordinariamente quattro grammi di infuso di foglie di digitale in 250-300 grammi di acqua, da prendersi epicraticamente in 48 ore successive, in modo che questa dose sia terminata di prendere al mattino della vigilia dell'operazione; si ottiene così di lasciare tonificato il cuore, ma almeno per 24 ore in riposo, prima di doverlo tornare a stimolare con eccitanti il giorno in cui il paziente sarà operato.

Un clistere evacuativo alla glicerina o con acqua saponata viene somministrato la sera prima.

La mattina dell'operazione, circa due ore prima, viene anche sistematicamente eseguita un'ipodermoclisi di 250 grammi di siero glucosato isotonico al 5 %.

Questi sono provvedimenti d'indole generale che applichiamo ormai di consueto persino ai casi di media gravità, mai tralasciandoli in ispecie nei tumori e nei prostatici.

Non sarà fuori di luogo passare in rassegna, sia pur brevemente, le principali condizioni per cui i malati ci fanno sospettare una gravità prognostica circa l'intervento che sono chiamati a subìre e i mezzi di cui a tutt'oggi disponiamo per assicurarcene.

La cromocistoscopia col carminio ceruleo di Joseph e Voelcker (1 ctg. per endovena), resta sempre per noi non già un metodo di prognosi operatoria, ma certamente il primo, più semplice e precipuo mezzo di orientamento funzionale, da anteporre al cateterismo ureterico.

Ancor oggi, infatti, crediamo di dover restare fedeli a quanto scrivevamo anni or sono in uno dei nostri primi contributi allo studio della funzione renale: contrari cioè a voler trarre da cateterismo ureterico nozioni d'indole funzionale (1).

Esso è infatti un metodo antifisiologico di esplorazione, appunto come oggi si dà la preferenza alla pielografia endovenosa, sebbene assai meno soddisfacente per bontà di immagini, piuttosto che a quella praticata per via retrograda, e il paragone non ci sembra fuor di luogo.

Resta, invece, fermamente acquisito che unicamente al cateterismo ureterico spetta di darci in patologia renale i dati più esatti circa la qualità e la sede della malattia.

Anche la fenolsulfoneftaleina è per noi una prova di valutazione della funzionalità renale, globale però, veramente importante: come è noto, sembra che assai meno di altre prove sia influenzata dalla poliuria e dalla febbre. Un prezioso ausilio quindi, specie nei prostatici, per fedeltà e uniformità di responsi.

Oltre alla costante di Ambard e a quella di Van Slyke, oggi è in onore la così detta « urea clearance standard » di MacLean, Van Slyke, Mc. Intosh e Addis, ma della quale non abbiamo esperienza, mentre è recente uno studio di Lazzaro della scuola di Bastianelli, ottimamente redatto (2).

L'azotemia, sopra tutto per noi che ne abbiamo semplificato la determinazione con una semplice e breve determinazione colorimetrica, crediamo debba restare almeno per ora come il metodo principe per un indirizzo alla prognosi, se metodi più esatti non verranno a detronizzarla (3).

Per vero dire, stiamo a questo proposito lavorando e facendo lavorare nella R. Clinica Ostetrica un laureando attorno alla determinazione dell'indacano nel sangue: valutazione, già secondo molti autori, ricca di promesse.

Ma, se la tecnica qualitativa è semplice, non altrettanto può dirsi circa il dosaggio.

Scopo dei nostri ulteriori studi è di fissare una tecnica appropriata e semplice per renderla atta alle abituali e correnti ricerche cliniche, senza trascurare frattanto di comparare il grado di sensibilità dell'indacanemia in rapporto sopra tutto all'azotemia e nei confronti della clinica.

La colesterinemia è anche un'ottima prova che può rischiarare alcuni degli intricati nessi fra funzione del fegato e i reni.

Quando vi sia ragione, ricorriamo anche normalmente alla ricerca del tasso glicemico, specie per accertare e poi seguire costantemente i risultati di cure che da questo esame possono venire consigliate.

Con l'esperienza derivata dalla nostra modesta pratica, siamo venuti a compilare quasi un paradigma che può servire in generale allo scopo.

Cerchiamo prima di tutto di istituire una dieta ipoazotata, contentandoci di abolire rigorosamente soltanto la carne, fin dai primi giorni che precedono l'operazione, quando l'ammalato è entrato in clinica. Non si abuserà poi di acque fortemente diuretiche (4). Se la glicemia si eleva più del normale, da un grammo in su, si inizierà immediatamente un trattamento insulinico a piccole dosi: 10-20 unità *pro die*, la mattina e la sera, curando di prevenire i possibili incidenti (sudori profusi, crisi di debolezza, ecc.) con la tempestiva somministrazione di idrati di carbonio (aranciate, zucchero, ecc.).

Abbiamo accennato di sfuggita alla colesterinemia; ma, se vi sono dei dubbi fondati di un cattivo funzionamento del fegato, cosa che in ammalati gravi sarebbe errore escludere *a priori*, questa prova clinica sarà di prezioso aiuto per ammetterlo o meno.

Orbene, questa disfunzione epatica può certamente giovarsi migliorando, con le iniezioni ogni due giorni di 10-20 ctg. di estratto epatico. Sono tentativi recenti questi, ma pur ricchi di promesse e meritevoli di studio e di controllo. Le iniezioni di endoepatina, noi al caso, le alterniamo con quelle di insulina.

La gravità dei responsi valutata dall'insieme di queste ricerche, oltre quelle più elementari che normalmente soccorrono in clinica, debbono attirare tutta la nostra attenzione sulla terapia, problema che forma specialmente la materia di questo contributo.

Legueu ha anche proposto di iniettare 250 grammi di siero ipertonico glucosato al 300 % nelle vene. L'azotemia, per la scossa importante che l'organismo riceve, si eleva nettamente e tale permane per più giorni nei casi in cui l'equilibrio funzionale regge appena. Quando l'azotemia non si modifica, se ne deve concludere per una certa fissità nell'equilibrio renale, per cui l'organismo appare capace di sopportare scosse di una certa gravità. L'equilibrio renale sarebbe in altri termini, in questo caso, fissato in atteggiamento stabile. Questa prova, volta anch'essa a saggiare il potere di riserva dei reni, produrrebbe uno shock non pericoloso, nè irreparabile, secondo l'autore, anche nei casi più gravi. Noi non ne abbiamo mai fatto esperienza.

Venendo ora a parlare della preparazione dell'ammalato, possiamo dire che, oltre al drenaggio delle vie urinarie, quando questo si renda necessario, e a una dieta appropriata, oggi si dispone di alcune altre risorse terapeutiche per abbassare l'azotemia degli operandi, assai rapidamente.

Anche l'urotropina a alte dosi è un ottimo medicamento disinfettante pel fegato e per le vie biliari, sia *per os* che intravena.

Al Delbet, il quale ne fece oggetto di una sua comunicazione all'Accademia di Medicina di Parigi (Seduta del 2 luglio 1929), risale il merito di aver posto in evidenza come i sali di magnesio abbiano delle proprietà antiasteniche in generale, ma sopratutto eccitino la potenza digestiva degli enzimi intestinali, accelerino e aumentino la secrezione biliare, regolarizzando e deodorando le feci.

Il tiosolfato di magnesio che si scinde sotto l'azione del succo gastrico in cloruro di magnesio, solforile e zolfo nascente, esercita un'azione sulle ghiandole intestinali e sul pancreas, eccitandone le secrezioni. Lo stesso si dica dell'azione sul fegato, di cui tende a ristabilire la normale funzione. Lo zolfo rinforza proprio l'azione del magnesio sollecitando tutte le funzioni del fegato.

Il solforile agisce direttamente come antisettico e antiputrido sull'intestino.

In complesso questo farmaco agisce influenzando beneficamente le tossiemie che traggono origine dall'ipofunzione intestinale, così frequente nei nostri pazienti, e le cui manifestazioni vanno dall'anoressia alle cefalee e alla depressione nervosa grave.

Altra azione del rimedio in parola è quella di deprimere l'azione cardio-inibitrice del vago. Così che si ha un potente contributo a rialzare il tono di ammalati accasciati e depressi.

Delbet insiste anche sopra un'azione del magnesio eminentemente citofilattica: oltre che accrescere in generale l'attività delle cellule dell'organismo, stimolerebbe in base a prove sperimentali particolarmente i globuli bianchi che sono per così dire i grandi agenti difensori nella lotta contro le infezioni.

I sali adottati nella formula di Delbet sono il cloruro, il bromuro, lo joduro e il fluoruro di magnesio, che oggi si trovano anche in commercrio sotto forma di specialità

Ogni mattino a digiuno se ne somministrano due compresse in 100 grammi di acqua o di latte, per 3-5 giorni, e anche più.

È sorprendente il « decalaminaggio » perfetto che si riesce ad ottenere dopo alcuni giorni di questo trattamento, nei nostri malati.

Dopo le recenti acquisizioni di Blum e della sua scuola, noi mai ci siamo imbattuti in ammalati in cui l'azotemia potesse validamente essere sospettata come dovuta a carenza di cloruri: ma verificandosi questa evenienza si dovrà correggere opportunamente s'intende, la dieta del paziente. (5). Anche Achard è contrario a ammettere questa interdipendenza.

Curando con diligenza l'esecuzione di questo programma terapeutico, abbiamo veduto nello spazio variante da quattro ad otto giorni, ma spesso anche più rapidamente discendere a meno della metà il tasso di azotemie, alcune delle quali ascendevano a 0,80 e 1 gr. per mille. E dopo alcuni giorni, come di sosta, continuare a discendere ulteriormente sino a fissarsi in limiti che la clinica con la sua decennale esperienza ha stabilito come compatibili per far subìre con prognosi buona o almeno discreta atti operativi inderogabili.

Ma neppure qui, sebbene siano conoscenze più ovvie, termina in alcuni casi la preparazione di un ammalato chirurgico.

In pazienti in cui sia fondato il sospetto di tendenza alle emorragie e sui quali si renda necessario un intervento (prostatitici ipertesi con adenomi fortemente vascolarizzati, facili quindi alle emorragie protratte dopo un semplice cateterismo o la cistoscopia, tumori vescicali facilmente sanguinanti, ecc.), non dovremo, successivamente, rimpiangere come fatica sprecata la cura posta nel rendere questi soggetti almeno temporaneamente meno facili al sanguinamento, specie se l'intervento che dovranno subìre è previsto come indaginoso e grave.

Il gluconato di calcio al 5 % in fiale da 10 cmc. endovena ogni giorno e per 5-6 giorni, sembra corrispondere egregiamente allo scopo, meglio di qualsiasi altro medicamento. Ma ancora è vantato il citrato tribasico di sodio al 30 %; 20 cmc. per endovena, poco tempo prima dell'atto operatorio.

Può parere cosa ovvia, ma conservare nel periodo pre-operatorio la più assoluta nettezza e proprietà delle fauci è cosa di alto valore profilattico nel periodo invernale, quando predominano epidemie influenzali. Ma oltre a ciò, non trascuriamo le iniezioni di siero antistreptococcico, buon preventivo delle localizzazioni bronco-polmonari.

Non saranno trascurate opportune lavande e instillazioni in vescica.

La più accurata pulizia della pelle sul campo operatorio con saponate, già alcuni giorni prima dell'intervento, è vivamente consigliabile se esso deve avere per campo zone largamente provviste di peli, quali gli inguini o i genitali: deve ritenersi per certo che non sarà fatica sprecata là dove è prevista la chiusura per primam e si desideri ottenerla con maggior certezza.

Venendo così al tempo immediatamente preoperatorio, da qualche tempo ci siamo persuasi come effettivamente l'associazione efetonino-adrenalinica per iniezioni diminuisca notevolmente gli abbassamenti della pressione che la rachianestesia, come è risaputo, suole generalmente portare come conseguenza talvolta anche repentina. Si rendono così molto meno frequenti il vomito e il collasso.

Tanto affidamento ci ha dato l'efedrina, che in questi ultimi tempi l'abbiamo fatta impiegare anche durante l'anestesia eterea.

Si iniettano 0,03-0,05 di efetonina sola o associata a 0,0003 di adrenalina, appena la rachianestesia o la narcosi sono iniziate, poichè l'effetto è rapidissimo: tale dose può essere ripetuta senza inconvenienti a distanza di 10-15 minuti e ancor meno in caso di urgente necessità.

Un ottimo e diffuso lavoro sull'argomento è comparso per opera di Giordanengo della Clinica di Uffreduzzi (9). Secondo Faelli poi, della Clinica di Pende, l'efetonina può giungere qualche volta a vicariare l'uso del glucosio e dell'adrenalina, pericolosa quest'ultima per i gravi ascessi a cui spesso dà luogo, *in situ*.

Altrettanto delicate e per di più variabilissime da caso a caso sono per vero dire le cure mediche nel periodo post-operatorio: tali e tante sono le frangenze che il chirurgo si trova a dover combattere.

La caffeina col benzoato di sodio, il cardiazol, la sparteina e il digalen, oltre la canfedrina sono i più comuni e non certo meno efficaci presidi terapeutici per sostenere il paziente nelle prime 48 ore dall'intervento.

Ottima la rettoclisi con siero glucosato al 5 % di 500-1000 grammi.

Deve essere riservata ai casi più seri l'ipodermoclisi, la fleboclisi e la trasfusione di sangue: è da osservare che fatta eccezione per l'ipodermoclisi, quando la perdita di sangue durante l'operazione o dopo non permanga cospicua, queste cure eroiche possono essere considerate più dannose che utili mentre talvolta se ne fa un vero abuso.

Fra gli ipnotici diamo la preferenza all'eroina, al dicodid e al pantopon.

Nei periodi in cui l'influenza predomina, è norma costante, senza attendere forti elevazioni febbrili o sintomi conclamati di congestio-

ne bronchiale, di somministrare per due giorni consecutivi un'iniezione ipodermica di lobelina: la lobelina è veramente un farmaco su cui fare affidamento.

Con tutto, nell'uso di questo alcaloide occorre prudenza, perchè è notorio che la sua somministrazione abbassa con frequenza rapidamente e notevolmente la riserva alcalina. Nessuna tema, con questo, di adoperarla quando trovi la sua indicazione, ma altrettanta avvedutezza nel prendere tempestivamente quelle misure che valgano a neutralizzare gli effetti dannosi di questo potente alcaloide. Basterà in qualche caso la somministrazione per *os* di una pozione glico-acalina (pozione del Riverio), in tal altro occorrerà qualche iniezione di insulina, 20-40 unità in tutto. Si può concludere, che generalmente una fiala al giorno per due giorni è ben tollerata e senza danno.

Anche qualche clistere con alcune gocce di creosoto, prima e dopo l'atto operatorio, è un ottimo profilattico, secondo Delbet, e noi possiamo anche confermarlo, delle complicazioni polmonari e influenzali.

Altri adoperano con vantaggio dei vaccini atossici polivalenti, cosa di cui noi non abbiamo esperienza.

Agli inizi di una complicazione bronco-polmonare, l'ossigeno subito somministrato ci ha reso preziosi servizi.

Non somministriamo purganti che in terza e quarta giornata dall'atto operativo, dando la preferenza ai purganti oleosi.

Nelle prime 24-48 ore dall'operazione incombono sull'ammalato i pericoli più seri, specie se le condizioni di sufficienza renale lasciavano fin da principio alquanto a desiderare.

L'acidosi post-operatoria dei diabetici è ben conosciuta e, come fu detto, si tratta di ovviarvi con opportune provvidenze prima dell'operazione e con un tempestivo trattamento insulinico, successivamente.

Meno note certamente e ancora non completamente studiate sono le acidosi in soggetti non diabetici.

L'equilibrio acido-basico che si rileva con la concentrazione degli ioni idrogeno nel sangue, pare mantenuto da sostanze « tampone » (sali di sodio e di magnesio) le quali dissociandosi neutralizzerebbero l'azione di questa o quella « valenza ».

Gli interventi chirurgici possono modificare tanto questo equilibrio da esaurire la riserva alcalina.

Tali acidosi decorrono talora senza sintomi e solo le analisi cliniche sono in grado di metterle in evidenza (corpi chetonici nel sangue e urine), tal'altra sono agenti di nausee, delle pirosi gravi e del vomito post-operatorio o infine, si accompagnano a quelle gravi sindromi pseudo-peritonitiche che non di rado hanno come rapido epilogo l'*obitus*.

Un trattamento insulinico, magari endovenoso, e glucosio e bicarbonato di soda a alte dosi sono i più efficaci rimedi di queste gravi complicazioni.

Il trattamento preventivo glico-insulinico di cui abbiamo fatto cenno nella preparazione degli ammalati, sembra del resto efficace a scongiurare questa conseguenza e nella maggioranza dei casi a toglierne la estrema gravità.

Anche Sorge, della Clinica di Ferrannini a Catania, afferma che l'insulina innalza le soglie renali del glucosio, del cloro e dell'acqua (10).

Lo avevano confermato anche Villa fin dal 1924 e Introzzi, sebbene per scopi puramente medici (11).

La semplice caduta della riserva alcalina della durata di 24-48 ore, messa in evidenza dagli autori americani, determina un'eccitabilità sia del centro respiratorio, come di altri centri, e ne seguono fenomeni di depressione psichica, vomito, ecc. (12). Anche in questi casi è di sommo giovamento un trattamento glico-insulinico.

Per ultimo dobbiamo parlare di un'acidosi che secondo Blum e la sua scuola (loco citato n. 5) si accompagna a iperazotemia e a una crisi consecutiva di insufficienza renale acuta; questo come risultante di un notevolissimo abbassamento del tenore di cloruro di sodio nel sangue (acidosi renale). Questa forma che non crediamo troppo frequente e che deve essere nettamente distinta dalla ipocloremia e cloropenia con esaurita riserva alcalina, sindrome secondaria ben nota del periodo terminale delle nefriti croniche e di alcune nefriti acute, non dovrebbe esser messa in discussione se non confermata clinicamente da vomiti e diarree profuse e controllata col dosaggio del cloro nel sangue e con la misura della riserva alcalina.

A questo proposito, Rathery e Rudolf (loco citato n. 6), in contrapposto al pensiero di Blum, formularono l'ipotesi che la dispersione del cloro turbi il funzionamento renale tanto da attuare una vera lesione renale: l'azotemia elevata riscontrata in questi malati non costituirebbe che un fattore concomitante o tutt'al più indiretto.

Ma queste sono interpretazioni, mentre qui noi ci contentiamo di registrare dei fatti clinicamente accertabili.

L'acidosi renale pare dunque provocata, secondo le ipotesi più accettabili, all'azione di

sostanze tossiche dovute al perturbato metabolismo delle sostanze proteiche.

Da qui ne deriva, come utilissima, l'avvertenza di sopprimere la carne (ma non il resto) agli operandi e far loro tenere una dieta ipoazotata, come è già stato detto.

Come terapeutica poi in tali casi, molto più utile di qualunque cura acalinizzante che rischia di restare inefficace, appare la somministrazione tempestiva di cloruro di sodio.

Molti hanno studiato questi effetti della riclorurazione, il Merklen fra questi, con risultati non sempre costanti (13). Il Manca, della Clinica Frugoni, con buoni risultati (loco citato n. 7).

Sembra a ogni modo che la diarrea, il vomito e lo stato generale possa effettivamente essere ripreso dalla somministrazione tempestiva di cloruro di sodio.

L'abbassamento dell'azotemia sarebbe un fenomeno molto incostante invece.

La diuresi riprende anche presto. Importante è la somministrazione di acqua. Di nessun effetto è la riclorurazione quando tale sindrome compare allo stadio terminale di una nefrite cronica, come più sopra fu nettamente distinto il caso.

Di un medicamento applicabile genericamente, ma di azione assai pronta, vogliamo far menzione come terapia anti-shock; ancora del magnesio si deve parlare.

Fin dal 1920, Lumière A. e Chevrotier J. comunicarono all'Accademia delle Scienze di Parigi, le proprietà che l'iposolfito di sodio e il tiosolfato sodico possiedono contro gli stati di shock e contro l'anafilassi insorgenti negli animali di laboratorio sensibilizzati con siero normale di montone.

Del tiosolfato sodico sono noti anche gli studi per saggiare la funzione renale di W. Niyri (14). Altri ancora del Di Garofalo della Clinica di Nigrisoli, col Thioren (15), del Di Natale della Clinica di Donati (16), del Di Fiorentino, Macchia e Sanguigno (17) e recentissima una nota preliminare di Di Mattei e Butturini (18).

Abbastanza recentemente poi, A. Lumière dimostrava ancora all'Accademia delle Scienze (23 ottobre 1928) e all'Accademia di Medicina (4 dicembre 1928), dopo aver ripreso gli studi sulle proprietà terapeutiche degli iposolfiti, che un'iniezione preventiva di iposolfito di magnesio protegge le cavie dallo shock anafilattico scatenato dall'iniezione di una sospensione di bario, che suole uccidere repentinamente gli animali di controllo (per flocculazione).

Ancora, somministrato a animali in istato di shock, provoca la rapida cessazione dei caratteristici fenomeni. Le stesse esperienze ripetute dal Di Mattei non portarono però, alla conferma di questi risultati (loco citato).

Lumière pervenne a questi risultati avendo pensato di sostituire l'iposolfito di magnesio a quello di sodio, che aveva formato oggetto dei suoi primi studi. Ha elaborato così un prodotto attivissimo che è un tiosolfato di magnesio.

L'azione del radicale iposolfitico, il quale agisce sia inibendo la formazione delle flocculazioni umorali fattore essenziale dello shock, sia facilitando il dissolvimento delle flocculazioni già formate, fu combinata con l'azione dello jone magnesiaco, la cui azione analgesica è stata sicuramente stabilita da numerosi autori.

Nelle nostre mani, preparati di questo genere iniettati per via intramuscolare alla dose di 10 cmc., anche più volte al giorno, ci resero dei preziosi servizi in alcuni casi di grave acidosi postoperatoria, non diabetica, con sindrome pseudo peritonitica: avemmo la sensazione che proprio l'azione di questo farmaco piuttosto che le altre provvidenze istituite subito dopo, fosse valsa a farci riprendere alcuni nostri infermi.

Fra noi pochissimi autori si sono occupati della terapia con magnesio: soltanto Buonomo La Rossa della scuola di Castaldi (*Scritti Biologici*, vol. IV, Siena 1932) ne ha fatto una esposizione critica, venendo a conclusioni poco favorevoli, ma più da punto di vista teorico che clinico-pratico. Mentre, più di tutto, si sa, in clinica suffraga e ci ammaestra l'esperienza.

Molto favorevolmente la giudica invece anche dal punto di vista delle applicazioni cliniche, l'amico prof. Di Mattei, Farmacologo dell'Università di Pavia, che già abbiamo citato (18).

Per esempio, abbiamo potuto osservare come questo medicamento eserciti una favorevole influenza sull'azione cardio-inibitrice del vago; ci ha risparmiato così, spesso di dover ricorrere alla somministrazione di atropina (1/10 di mmg. di solfato neutro di atropina, 1/10 di mmg. di adrenalina e 50 ctg. di cloruro di calcio in 10 cmc. di acqua distillata).

Blackfan e Hamilton nel 1928 sperimentarono anch'essi il solfato di magnesio per iniezioni endovenose nell'uremia con ottimi risultati.

Riportarono otto successi su undici casi gravi così trattati.

Favorevolmente, si è pure espresso C. B. Watson, circa l'utilità di questo nuovo farmaco nella terapia delle uremie gravi, anche mediche (16).

Proseguendo nella cura dei postumi operatori, dobbiamo ricordare che altra complicazione frequente, specie nei prostatectomizzati e negli operati di tumore vescicale, è la flebite degli arti inferiori; l'irudinizzazione precoce alla radice della coscia applicata alla minima dolenzia o gonfiore dell'arto, ci ha spesso ben corrisposto. Furono naturalmente anche applicate le comuni norme di posizione e di protezione dell'arto colpito.

Circa il trattamento delle ferite chirurgiche, possiamo dire che salvo particolari eccezioni, non si estraggono i tamponi per sostituirli che all'ottavo giorno, limitandoci a mobilizzarli un po' verso il sesto.

Nella tubercolosi renale teniamo la ferita drenata e zaffata un po' a lungo e alquanto largamente anche se tende a cicatrizzare, onde prevenire la formazione noiosa di tragitti fistolosi, la cui durata non è prevedibile.

Ottimo, in questa deprecabile contingenza, il trattamento con il lapis di nitrato d'argento come propone Marion.

Anche i tamponamenti della loggia prostatica non devono ordinariamente esser rimossi prima della terza o quinta giornata. Si risparmiano ai pazienti, con questo contegno, i dolori acerbi che sogliono provocare il distacco dei tamponi e in genere tutte le medicature eseguite precocemente.

Così pure i lavaggi vescicali sistematici è utile iniziarli, salvo casi di necessità, non mai prima del terzo o quarto giorno, quando l'ematuria che è costante appannaggio di ogni intervento, ha avuto modo di attenuarsi e quasi scomparire.

Se l'ematuria persiste, oltre all'impiego degli emostatici, è utilissima cosa una borsa di ghiaccio sull'ipogastrio; all'occorrenza, si toglie anche qualsiasi sonda lasciando che lo stoma vescicale funzioni per rigurgito.

Solo raramente si deve così ricorrere a nuovi tamponamenti: ma in tal caso adoperiamo tamponi imbevuti in soluzione di glucosio al 40 %, ottimo emostatico (20).

Ora, una parola di difesa: chi avendoci benevolmente seguito sin qui osservasse che sono troppo numerosi i medicamenti da somministrare ai nostri pazienti, deve persuadersi che queste cure opportunamente sistematizzate a seconda delle necessità e guidate sempre dai controlli clinici che via via siamo venuti enumerando, sono di attuazione la più piana in pratica e grande profitto ne ritraggono i malati. Va ritenuto del resto, che la preparazione di un urinario è sempre una cosa seria.

E ancora, non ci sarebbe discaro se, giunti al termine di questi nostri appunti, oltre che fornire un indirizzo per l'assistenza di un ammalato urinario, essi potessero suscitare qualche nuova idea onde migliorare a terapia degli operandi.

Quanto è stato esposto è quello che l'esperienza ci ha suggerito e dalla quale abbiamo cercato di trarre il massimo profitto: abbiamo poi cercato di perfezionare metodi e cure con l'accurata osservazione degli effetti sul corso della malattia, perchè come si sa, il decorso in clinica è quello che ammaestra tutti.

Roma, 15 dicembre 1932-XI.

RIASSUNTO

L'A. espone alcuni dettagli nella preparazione degli operandi in chirurgia urinaria e porta un contributo all'introduzione in terapia antischok dei sali di magnesio.

BIBLIOGRAFIA.

(1) A. CASSUTO. Zeitsch. f. Urologie, Bd. 19, 1925. ID. Il Policlinico, Sez. Chirurgica, vol. 33, 1926.
(2) LAZZARO. Policlinico, Sez. Pratica, vol. 39, anno 1932.
(3) A. CASSUTO. Presse Médicale, n. 69, a. 1930.
(4) ID. *Contro l'abuso delle acque e medicamenti diuretici.* Riforma Medica, n. 3, 1929.
(5) L. BLUM et VAN CAULAERT. *Le rôle du sel dans les néphrites.* Masson, éd., Paris, 1931.
(6) M. RUDOLF. *L'hypochlorémie.* G. Doin, éd., Paris, 1931.
(7) S. MANCA. *Azotemia e cloropenia.* Il Policlinico, Sez. Pratica, n. 49, 1932.
(8) VAN CAULAERT ecc. *Vomissements dans les nephrites.* Presse Médicale, 13, 8, 1932.
(9) GIORDANENGO. Il Policlinico, Sez. Prat., n. 16, aprile 1931, pagg. 543-549.
(10) SORGE. Il Policlinico, Sez. Prat., n. 36, 1932, pag. 1307.
(11) INTROZZI. Clin. Med. Ital., n. 5, 1931, p. 502.
(12) RAFFO e VALLEBONA. Archivio Ital. di Chirurgia, XXII, 1932.
(13) PR. MERKLEN. *Les hypochlorémies et la rechloruration.* La Pratique Méd. Franç., sept. 1931, pag. 307.
(14) W. NIYRI. Wiener mediz. Wochensch., 29 giugno 1922.
(15) DI GAROFALO. Atti Soc. Ital. d'Urologia, 1932, pag. 167.
(16) DI NATALE. Minerva Medica, n. 39, 1930.
(17) DI FIORENTINO, MACCHIA e SANGUIGNO. *Diagnostica e tecnica di laboratorio,* 1931, p. 261.
(18) DI MATTEI e BUTTURINI. Boll. Soc. Ital. Biol. Sperim., n. 2, 1932.
(19) C. B. WATSON. The British Medical Journal, dez. 1931, n. 3701, pagg. 1086-1087.
(20) A. CASSUTO. *Gli zuccheri quali emostatici in chirurgia urinaria.* Ann. Ist. di Chim. fisiologica, n. 3, 1924.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Dermatite da bagno all'aperto o "dermatitis bullosa striata-pratensis„ di Oppenheim

per il dott. GIUSEPPE LA CAVA (Roma).

Trovandomi a prestare servizio, quale ufficiale medico di complemento, presso il 13° Regg. Artiglieria durante le ultime esercitazioni estive, in località Orvinio (Tivoli) ho avuto occasione di osservare in alcuni soldati che si erano bagnati, dato il gran caldo di quei giorni, in un fosso in vicinanza del paese, una forma di dermatite che, per le caratteristiche della malattia e per la novità del reperto in Italia, ritengo interessante riferire.

Si tratta in tutto di quattro casi, tre soldati ed un sottonente di complemento, nei quali la malattia si presentò con la stessa causale apparente, lo stesso inizio, la stessa sintomatologia e lo stesso decorso ed esito in guarigione.

Illustrerò quindi globalmente i fenomeni, così come essi si presentavano nei 4 pazienti.

Essi si erano bagnati, in una mattinata calda ed assolata, in un fosso e si erano quindi stesi al sole sull'erba del prato nel quale il fosso si trovava. Non avvertirono per il momento alcun disturbo: soltanto durante la notte furono colti da forte senso di prurito e di bruciore in varie parti del corpo, ma specialmente alle spalle, nelle regioni esterne del braccio e dell'avambraccio e nella regione del dorso.

Presentatisi il mattino seguente alla visita medica, si poteva notare che le regioni, in corrispondenza delle quali i pazienti accusavano il senso di prurito e di tensione dolorosa, erano sede di un eritema abbastanza accentuato, a margini ben delimitati e quasi sollevati, a colorito rosso piuttosto intenso e a forma di chiazze non più grandi di una palma di mano. Accanto a questo tipo di eritema, altri se ne notavano con le stesse caratteristiche sostanziali, ma in forma di strisce diritte, lunghe e strette, incrociantisi, quali potrebbero essere quelle prodotte momentaneamente da un oggetto rugoso e piuttosto fine che abbia sfregato con forza la cute: simili cioè a strisce di dermografismo. Applicai della polvere di talco e, pensando si trattasse di eritema da sole, per quanto la morfologia della lesione avesse attirato la mia curiosità, non diedi eccessiva importanza alla cosa.

Il giorno seguente potei constatare che in corrispondenza delle regioni occupate dall'eritema si erano sviluppate delle vescichette chiare, simili a quelle dell'*herpes* e come queste aggruppate: altre invece a forma di catena lungo le strisce.

Il prurito accusato dai pazienti era notevole e si accompagnava ad una spiacevole sensazione di tensione dolorosa: alcune di queste vescichette tendevano a confluire formando un'unica vescica più grande: il liquido che esse contenevano era chiaro come acqua. Non si avevano elevazioni di temperatura. Continuai con l'applicazione di polveri inerti ed in breve periodo (6-8 giorni) le efflorescenze regredirono, seccandosi o rompendosi sul margine; diminuirono il prurito ed il senso di tensione dolorosa, regredì l'eritema che lentamente scomparve, lasciando però *in situ* una pigmentazione caratteristica.

Purtroppo l'improvvisa partenza da quella località non mi permise di visitare il prato sulla cui erba i soldati si erano giaciuti dopo il bagno; nè d'altra parte le condizioni contingenti erano tali da permettere un accurato studio dei casi osservati. Debbo perciò limitarmi ad uno studio critico di essi.

Primo punto da chiarire è quello della diagnosi. A quale malattia può ascriversi il quadro clinico presentato dai quattro individui?

Le diagnosi da porsi sono varie: si poteva in un primo momento pensare ad un eritema da raggi solari, come quotidianamente se ne vedono durante la stagione estiva: ma la conformazione caratteristica a strisce dell'eritema, a ritardata apparizione di esso, la formazione di vescicole a tipo *herpes*, faceva facilmente escludere questa diagnosi.

Si poteva anche pensare ad una di quelle dermatiti prodotta da una speciale famiglia di vermidi (*Trombidiasis*) presenti nell'acqua di alcuni fossi e che vanno a pungere la pelle di coloro che vi si immergono: questa malattia che in Germania è stata chiamata « *beiss* » (morso) è stata descritta specialmente nella Slesia e nel Tirolo; ma in essa l'inizio dei disturbi si ha nello stesso momento in cui il paziente si bagna ed il manifestarsi della lesione, che è un pomfo in corrispondenza del punto morso dal verme, ha luogo quasi contemporaneamente. Nei nostri casi invece la lesione si iniziò dopo 12-24 ore; inoltre si ebbe la formazione di vescicole e la caratteristica morfologia a strisce che nella dermatite da Trombidiasis manca.

Infine si poteva pensare ad una tossidermia da anafilassi verso alcune piante (primule) o verso il polline di fiori: ma oltre al fatto della negatività anamnestica, in queste forme le lesioni sono diffuse e non localizzate e non hanno affatto la caratteristica forma a strisce.

Queste stesse considerazioni ci facevano poi escludere che si trattasse di una forma di dermatosi, descritta da Freund di Trieste e che insorge in soggetti che prima del bagno abbiano fatto frizioni sulla cute con acqua di Colonia: nei nostri casi infatti mancava il dato anamnestico, non avendo i pazienti fatta alcuna frizione prima del bagno e la morfologia della lesione era del tutto diversa di quella descritta da Freund, che è più che altro una dermatosi eritemato-pigmentaria.

Non restava quindi altro che ammettere che si trattasse della forma di dermatite descritta nel 1926 da Oppenheim e da questi denominata « freibad dermatitis ». Nell'autunno del 1926 infatti Oppenheim per primo riferì, dinanzi alla Società Dermatologica Viennese, di questa forma morbosa che egli aveva riscontrato in alcuni individui che si erano bagnati in un ba-

gno pubblico all'aperto, da poco inaugurato e dal nome del quale egli trasse una denominazione di malattia, chiamandola « *Ottakringer Badebeiss* », dimostrando appunto, con la denominazione « *beiss* », di credere che si trattasse di una dermatite da vermidi.

Ma nella stagione seguente si vide che questa dermatite non era limitata ai frequentatori di quel dato bagno, ma che essa si presentava anche in individui che si erano bagnati in altre diverse località dei dintorni di Vienna. Ulteriori ricerche, condotte da Oppenheim e Fessler, stabilirono che la causa della malattia non era da ascriversi a nessuna specie di vermidi, bensì a delle piante: si trattava quindi di una vera *dermatitis phytogenes*.

Da allora in poi molte furono le comunicazioni fatte da vari AA., i quali avevano riscontrato tale malattia in varie regioni della Germania, e che si occupavano della etiologia di essa.

In Austria la « dermatite da bagno all'aperto » fu notata, oltre che a Vienna, anche nel Tirolo, da Philadelphy, in Cecoslovacchia da Kock ed ultimamente in Francia da Ullmo.

Tutti i casi finora noti mostrano nella loro anamnesi e nel loro quadro morboso la maggiore concordanza. Questi dati concidono perfettamente con quelli da me osservati nei quattro individui; l'eritema si manifesta sempre 24 ore circa dopo il bagno: da notare che in alcuni casi la sintomatologia è insorta senza che i pazienti avessero fatto il bagno, essendosi essi limitati a giacere svestiti sull'erba.

Le vescichette, a contenuto chiaro come acqua, sono confluenti o a forma di catena lungo le strisce eritematose. La loro sede è intraepiteliale e la ricerca istologica mostra il reperto di una dermatite acuta vescicolare: la pelle compresa fra i focolai morbosi, è normale.

Questa dermatite da bagno all'aperto, pur essendo anch'essa probabilmente di origine vegetale, deve essere distinta dalla vera e propria *dermatitis phytogenes*: in questa la cute è affetta in maniera diffusa (per es. l'intero avambraccio, il dorso delle mani ecc.). Nella dermatite da bagno invece i focolai di malattia sono ben limitati dapprima e si staccano dalla pelle circostante, che è sana. Questa differenza si chiarisce forse pensando al meccanismo di produzione della malattia.

La tipica *dermatitis phytogenes* è generalmente causata da varie sostanze vegetali (succo delle foglie o del gambo, secreto ghiandolare, polline), sostanze che, trasportate sulla pelle, subito ivi sono scisse producendo una infiammazione superficiale.

L'eritema a strisce invece, che è la base morfologica della dermatite da bagno, lascia pensare che in questa, probabilmente, soltanto nei punti in cui la pelle venne a contatto con la pianta si venga a formare una reazione. Alcuni dei focolai mostrano perfino la forma della foglia e dello stelo.

Prove cutanee fatte con differenti tipi di erbe, raccolte nei vari luoghi in cui i pazienti avevano giaciuto, applicate ai pazienti stessi, non diedero però alcun risultato positivo. Furono provate erbe secche e fresche; estratti acquosi ed estratti alcoolici, sempre con lo stesso risultato. Anche le varie condizioni ambientali naturali, quali l'irradiazione, il riscaldamento, l'umidità della cute, furono riprodotte, ma inutilmente.

Oppenheim e Fessler seguirono sperimentalmente un'altra strada ed ottennero risultati più incoraggianti: essi pensarono che l'eritema fosse dovuto ai composti di acido silicico, contenuti nelle erbe ed indirizzarono in questo senso le loro ricerche: deponendo silicato di sodio su pelle integra e su pelle scarificata ottennero reazioni positive, e cioè chiazze di eritema con vescicole che guarirono lasciando pigmentazione. Pensarono quindi che la dermatite striata bollosa fosse dovuta ad ipersensibilità verso i silicati contenuti nell'erba. Di diversa opinione sono Urbach e Touton, i quali credono invece che si tratti di ipersensibilità meccanica più che chimica: ma esperimenti da essi istituiti, mediante applicazione sulla cute della cosidetta *lana di vetro*, riuscirono negativi.

Altri AA. accusano varie erbacee di essere la causa della dermatite in questione: Phyladelphy ha avuto reazioni positive con estratti di millefoglie e crede che la derm. b. str. sia causata da questa erba, molto comune nei prati; anche Gaus è della stessa opinione.

Siemens invece ha ottenuto risultati negativi sia col silicio che con le millefoglie e con la eccitazione meccanica.

Da tutte queste ricerche risulta come il meccanismo patogenetico della derm. b. str. non sia ancora completamente chiarito. Quello che è certo è che si tratta di una infiammazione cutanea provocata da piante: come causa possono essere considerate molte erbacee. Ma cause concomitanti importanti sono la predisposizione individuale e le condizioni ambientali, quali la temperatura, l'umidità dell'aria, le radiazioni solari. E che la predisposizione individuale abbia grande importanza lo dimostra il fatto che, di molti individui che si bagnano nella stessa località, solo alcuni presentanto la caratteristica dermatite: come anche il fatto che degli individui da essa affetti, si erano già altre volte bagnati nella stessa località senza mai presentare alcuna alterazione cutanea.

L'etiologia e la patogenesi della malattia è dunque un problema ancora aperto alle ricerche degli studiosi; ho voluto rendere noti questi casi sia per il loro interesse scientifico che per il loro diretto interesse pratico. Purtroppo le insufficienti condizioni ambientali non mi hanno permesso uno studio accurato di essi: voglio ad ogni modo sperare che il mio modesto contributo serva, se non altro, a far conoscere la malattia anche ai medici pratici italiani, onde essa possa da altri essere meglio osservata e studiata.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce su quattro casi di dermatite bollosa striata capitati sotto la sua osservazione, i cui dati anamnestici e morfologici si adattano perfettamente al quadro della « dermatitis bullosa striata pratensis » o dermatite da bagno all'aperto, forma morbosa descritta a Vienna da Oppenheim nel 1926 e di cui questi sono i primi casi descritti in Italia.

TECNICA DI LABORATORIO.

La diagnosi microscopica della infezione data dal bacillo Bordet-Gengou (pertosse).

Dott. GIULIO DENES,
Capo del Laboratorio Micrografico Provinciale di Padova.

Le manifestazioni di casi lievi e clinicamente atipici di pertosse che si sono manifestati in un asilo della nostra Provincia, mi hanno indotto a ricercare il bacillo di Bordet-Gengou nell'escreato di numerosi bambini che frequentarono tale asilo.

I bambini sottoposti all'esame batteriologico dell'escreato, presentavano clinicamente lo stadio catarrale della infezione; alcuni soltanto erano nello stadio convulsivo. L'esame batteriologico fu interessante in quanto che la maggioranza dei bambini esaminati non presentava i segni clinici caratteristici della tosse ferina. Non vi era alcuna lesione del frenulo linguale; non emorragie congiuntivali, soltanto lievissima iperemia di quest'ultima. La tosse fu intensa specialmente durante le ore notturne e nelle prime ore mattutine, e la diagnosi di pertosse raramente si fece clinicamente.

Dobbiamo segnalare che non tutti gli AA. sono d'accordo d'imputare tutta la importanza etiologica al bacillo di Bordet-Gengou nella pertosse. Tale bacillo si riscontrerebbe soltanto all'inizio, cioè nei primi giorni della malattia; sparirebbe in seguito, e gli esami batteriologici dimostrerebbero la presenza di numerosi altri germi, specialmente del B. di Pfeiffer (influenza).

Altri autori sono arrivati a negare decisamente l'eziologia infettiva della affezione ed attribuirebbero gli attacchi tipici di pertosse a disturbi nervosi (neurosi laringea).

Quest'ultima veduta ha perduto molto terreno dopo la riproduzione sperimentale della malattia sugli animali (cani), mediante colture pure di B. Bordet-Gengou.

Il bacillo della pertosse si trova numerosissimo nell'escreato, come accennammo, specialmente nei primi giorni della malattia (da 1 a 5 giorni dall'inizio).

Negli strisci praticati con l'escreato, il B. della pertosse si presenta come un bastoncino cortissimo con un piccolo spazio incolore tra i due poli, assomiglia perciò ad un diplococco guardato a piccolo ingrandimento. Aumentando il diametro dell'ingrandimento si osserva trattarsi di un bacillo molto corto, gramnegativo, più breve del B. dell'influenza che è meno tozzo, direi, più elegante, nella sua forma allungata. Il B.B.G. si colora molto bene con il bleu di metilene e toluidina fenicata, ma per gli strisci è bene eseguire una buona colorazione Gram e come colore di contrasto adoperare la fucsina fenica diluita.

Dalle nostre numerose osservazioni possiamo asserire, che per il B.B.G. è assolutamente caratteristica la sua presenza nelle grandi cellule piatte, che si presentano infarcite di questi piccoli coccobacilli all'inizio della affezione. È necessario distendere l'escreato in sottile strato, prelevato possibilmente con un batuffolo di cotone sterile, montato su bacchetta di vetro.

La lingua del paziente viene abbassata ed il batuffolo tenuto contro la faringe. Il colpo di tosse, che viene provocato facilmente quando il batuffolo viene a contatto con la parete posteriore della faringe, porta alla superficie numerose di queste cellule piatte così alterate caratteristiche per questa infezione. Un po' meno caratteristici e più difficilmente riconoscibili sono da un occhio poco esperto i coccobacilli estracellulari, quando l'escreato tende a diventare purulento. Qui potrebbe essere effettivamente facile confonderli con i bacilli dell'influenza, questi ultimi però, come dicemmo sopra, sono più sottili e più allungati; mentre i B.B.G. son quasi cocciformi, nettamente gramnegativi. Altri diplococchi gramnegativi che vi si trovano costantemente nella faringe, non possono essere assolutamente confusi con i B.B.G., data la loro conformazione del tutto diversa.

Gli esami colturali praticati correntemente

in alcun paesi, non ci sembrano molto adatti per essere adottati nella pratica. A parte le esigenze colturali notevoli del germe (impiego di emoglobina nei terreni colturali) e la lentezza di sviluppo (un minimo di 48-72 h) è ben noto il suo pleomorfismo che presenta nelle colture liquide e solide. Qualche volta presenta addiritura una forma filamentosa, per cui il suo riconoscimento incontra difficoltà. Negli strisci praticati direttamente con l'escreato è ben raro che non si presenti nella sua tipica forma di coccobacillo a navetta. Abbiamo perciò sempre preferito questo metodo estremamente semplice, che ci ha fornito alcune volte dei risultati veramente preziosi.

Un bambino, fratello minore di altri due, si presentava da otto giorni tossicoloso. Ci venne portato perchè si praticasse un esame batterioscopico del suo espettorato. Il bambino appariva perfettamente normale, non si ebbe dal lato clinico nessun segno di pertosse; ad intervalli ebbe qualche colpo di tosse. Con un batuffolo introdotto nella faringe abbiamo potuto cogliere alcune gocce dell'escreato, e distese sul vetrino colorammo con il metodo Gram. Riscontrammo le tipiche cellule epiteliali ripiene di piccoli bastoncini gramnegativi di B.B.G.

La madre del bambino ci ha informato, che dopo 12 ore dal prelevamento, il bambino cominciò a presentare la tipica forma clinica della pertosse con attacchi continui di tosse. In questo caso abbiamo avuto occasione di cogliere la malattia al suo inizio, appena finito il periodo di incubazione che varia notevolmente (da 1-12 giorni).

In altri casi di contagio famigliare abbiamo avuto modo di eseguire contemporaneamente la ricerca in bambini ammalati che si trovavano in diversi periodi di stato. La flora prevalentemente gramnegativa dell'escreato persiste per circa 8-10-12 giorni. Il B.B.G. che prevale all'inizio della affezione, cede in seguito al B. di Pfeiffer. Così questi microorganismi affini nel loro comportameno tintoriale e biologico si presentano spesso contemporaneamente nell'escreato dei bambini. In seguito ad affezioni broncopolmonari concomitanti, numerosi altri germi prendono il sopravvento, specialmente pneumococchi, diplostreptococchi, pneumobacilli. La diagnosi di pertosse in atto o pertosse subìta nei bambini che presentano la malattia da oltre due settimane, è ben difficile con l'aiuto dell'esame microscopico e colturale dell'escreato. Il B. Bordet-Gengou non manca, ma è celato, per la presenza degli altri microorganismi, che prevalgono pure nelle colture. Se vi sono altri bambini ammalati nella stessa famiglia o comunità, la ricerca microscopica praticata in quelli all'inizio dell'affezione, chiarisce l'eziologia dei casi che si trovano affetti da un periodo più lungo.

Concludendo: la ricerca microscopica sistematica del B.B.G. praticata nei bambini che presentano qualche sintomo di pertosse, può fornirci preziosi risultati ai fini della profilassi, specialmente nei casi iniziali. Il reperto di cellule epiteliali ripiene dei tipici B. Bordet-Gengou è patognomonico per i casi di pertosse. Da parte nostra intensifichiamo la ricerca iniziata per riscontrare eventualmente dei portatori sani. Il problema si presenta da questo lato più complesso, data la mancanza di lesioni tipiche a carico delle mucose ricoperte da epiteli piatti, sedi elettive della localizzazione dei germi. Nei portatori sani non si troverebbero perciò i B.B.G. intraepiteliali e la loro ricerca offre maggiore difficoltà.

RIASSUNTO.

L'A. espone il metodo semplice per la ricerca microscopica del B. Bordet-Gengou e richiama l'attenzione alla facile diagnosi batterioscopica dell'affezione. Tale metodo è raccomandabile specialmente per scoprire i casi lievi e clinicamente difficilmente diagnosticabili.

SUNTI E RASSEGNE.

ALLERGIA.

L'allergia in medicina.

(F. SAINT GIRONS. *Bulletin Médical*, 28 gennaio 1933).

Allo stato attuale degli studi medici è difficile dare dell'allergia una definizione che tenga conto di tutte le condizioni che si riferiscono a questo fenomeno, e di tutte le tendenze interpretative del fenomeno stesso.

Mantenendosi in una sfera generale e attenendosi al significato etimologico delle parole si può definire l'allergia come una modificazione della capacità di reagire da parte dell'organismo.

Oramai si ha tendenza ad identificare l'allergia con l'anafilassi, definendo l'una e l'altra come una reazione antigene-anticorpi.

Il fenomeno fu messo in evidenza per la prima volta nel 1907 da von Pirquet, che studiando la cutireazione della tubercolina trovò che l'organismo sano o nuovo non reagisce affatto, mentre quello infetto da bacillo di Koch dà una cutireazione positiva.

Gli studi successivi dimostrarono che i fattori dell'allergia possono distinguersi in gruppi principali: *infezioni e sostanze anafilattiche.* A questi due gruppi sono stati poi aggiunti fattori di ordine fisico (radiazioni).

Per quel che riguarda le *infezioni* è a notare che i batteri non sono tutti egualmente allergizzanti: lo sono poco sopra tutto quelli che agiscono mediante le loro esotossine, come la difterite ed il tetano.

Hanno infine potere allergico molto netto il bacillo di Koch, il virus vaccinico, il melitense, il bacillo del tifo e dei paratifi, di Ducrey, il gonococco, lo stafilococco, il meningococco la cui azione allergizzante è meno marcata o meno dimostrata.

Hanno anche potere allergizzante spesso elevato alcuni parassiti animali (ossiuri, acari, idatidi).

I *fattori dell'anafilassi* (antigeni, allergeni o reactogeni) sono moltissimi. Quelli generalmente ammessi sono costituiti dalle albumine estranee, introdotte per via sottocutanea (siero), più spesso per ingestione (uova, latte, carne, crostacei ed in genere tutti gli alimenti), per via respiratoria (polveri organiche, peli, squame, granelli di polline ecc.) o per contatto (succo di primula).

Ma se le eteroalbumine costituiscono i fattori principali dell'anafilassi si è poi riconosciuto che anche sostanze lipoidi e cristalloidi (chinina, antipirina ecc.) possono avere la stessa azione.

Va infine accennato al fatto che le stesse proteine dell'organismo in seguito all'azione di cause diverse (trauma, freddo, emozioni, ecc.) possono subire modificazioni tali da assumere la stessa attività allergizzante delle etero-albumine. Si ha allora quella che Widal chiama l'*autoanafilassi*.

Tra le cause predisponenti un posto principale spetta all'eredità. In una famiglia l'intolleranza alle uova si è manifestata per quattro generazioni. Il sesso e l'età possono avere qualche importanza in quanto le reazioni allergiche sono più frequenti nelle donne e nei giovani.

Le reazioni variano secondo la via d'introduzione dell'antigene. Per via paranterale sono presso che costanti, mentre quando l'assorbimento avviene per inalazione o per ingestione le condizioni sono molto più complesse e l'allergia diventa meno facile. Nel caso d'inalazione l'integrità della mucosa nasale ha grande influenza, mentre nel caso dell'ingestione favoriscono l'allergia l'imperfetta cottura o l'eccessiva ingestione di alimenti, il mangiare in fretta, i disordini delle glandule digestive e del polso, gli squilibri vago-simpatici.

La sensibilizzazione non avviene subito dopo il contatto dell'antigene con le cellule dell'organismo. Di solito passa un certo periodo di tempo, che va da settimane e mesi nell'affezioni acute ad anni in quelle croniche.

Talvolta la penetrazione successiva d'antigene mantiene lo stato di allergia, che altrimenti s'indebolirebbe progressivamente.

Mentre altre cause possono temporaneamente o definitivamente sopprimere l'allergia; si ha allora l'anergia.

L'*anergia* però dipende da cause diverse. Alcune sono fisiologiche (anergia dei lattanti nel primo anno per la maggior parte della tossi-infezione meno che per la tubercolosi, anergia della gravidanza, del parto e forse della mestruazione), altre agiscono indebolendo l'organismo (stanchezza, freddo, ipoalimentazione, traumi, anestesia, cachessia).

Si hanno anche anergie da insufficienza ovarica, tiroidea, surrenale, epatica. Ma in pratica sono sopra tutto le infezioni (rosalia, influenza, pertosse, polmonite, tifo, ecc.) che agiscono come anergizzanti.

I *segni clinici dello stato allergico* sono molto varî: eritemi, edemi, orticaria, eczemi, asma, riniti, gastro-enteriti, emicrania, disordini vasomotori, ecc., manifestazioni tutte spesso accompagnate da accidenti vagosimpatici (ipotensione improvvisa, vomiti, lipotimie).

La reazione non è specifica per ciascun antigene, potendo lo stesso sintoma dipendere da cause diverse, e lo stesso antigene determinare manifestazioni diverse.

Le sindromi dovute ad allergia hanno in comune il carattere di essere parossistiche, intermittenti

La *diagnosi di allergia* può essere posta in modo sicuro solo quando si riesce a provocarla a volontà, facendo ad esempio ingerire alcuni alimenti, esponendo il soggetto all'inalazione di determinate sostanze. La sostanza

nociva si precisa in genere con il metodo dell'eliminazione.

Quando non si riesce in questo modo la diagnosi può essere fatta con le prove biologiche (cuti- ed intradermo-reeazione, segni umorali, prova dell'allergia passiva).

Le *cuti-* ed *intradermo-reazioni* sono le più comunemente adoperate con gli antigeni più eterogenei (batteri uccisi, tossine, bianco d'uovo, polline, peli di cavallo, ipeca, ecc.). La reazione positiva è caratterizzata da una chiazza eritematosa con una base più o meno indurita, talvolta pruriginosa. Un risultato positivo è probativo solo quando la stessa sostanza inoculata ad un soggetto sano dà reazione negativa.

Raramente la reazione locale è accompagnata da fenomeni generali (asma, shock).

I *segni umorali* (eosinofilia, precipitine, agglutinine, sensibilizzatrici nel sangue) non hanno quel valore che una volta si era loro dato.

La *prova dell'allergia passiva* (iniezione all'animale del siero del soggetto sensibilizzato ed iniezione successiva di antigene) non ha dato in clinica risultati pratici.

Viceversa la *reazione di Prausnitz-Küstner* è più probativa. S'iniettano nel derma di un individuo sano 1-2 decimi di cmc. di siero allergico due ore dopo si fa penetrare nello stesso punto una traccia di antigene sospetto: la reazione è positiva quando dopo una trentina di minuti si manifesta nella stessa parte eritema con edema e talvolta orticaria.

Una volta conosciuta la sostanza verso la quale il soggetto è sensibilizzato il *trattamento dell'allergia* è relativamente facile.

Innanzi tutto conviene allontanarsi dagli ambienti nei quali si trova l'antigene o sopprimere dalla dieta la sostanza dannosa.

Quando ciò non è possibile si ricorre alla desensibilizzazione specifica, e quando si è incerti sulla causa allergica si pratica la desensibilizzazione non specifica.

La *desensibilizzazione specifica* deriva dalle ricerche di Besredka sull'antianafilassi: si somministrano a più riprese quantità minime dell'antigene per via sottocutanea (conveniente nell'allergia da siero, pericolosa in altri casi). per via intradermica (preferibile in ogni caso) o per via orale.

La *desensibilizzazione non specifica* si ottiene mediante il peptone somministrato per le tre su dette vie. Si può anche adoperare autoemoterapia, autosieroterapia, l'iniezione di sangue laccato, l'iposolfito di soda o di magnesio.

Altri metodi agiscono sul sistema endocrino vago-simpatico in modo di attenuare o impedire le reazioni allergiche (opoterapia, atropina, luminal, adrenalina molto efficace nell'asma quando è associata all'estratto ipofisario).

Le allergie che si possono incontrare in clinica sono moltissime, ma quelle che più importano dal punto di vista pratico sono le allergie infettive e seriche, l'allergia nell'asma e nelle dermatosi.

L'*allergia tubercolare* ha notevole importanza diagnostica sopra tutto nell'infanzia. Una cutireazione positiva è l'indice sicuro di una tubercolosa evolutiva. Negli adulti delle città invece essa risulta positiva nell'80-90 % senza che essa deponga per l'esistenza di un processo tubercolare. La reazione negativa perciò indica o che il soggetto è indenne di qualsiasi fatto tubercolare anche trascorso o che sia intervenuto un fattore di anergia (tubercolosi acuta, tifo, influenza, rosalia, pertosse, cachessia, gravidanza, affezioni epatiche, ecc.).

Il valore prognostico della cutireazione è in ragione inverso del suo valore diagnostico: nullo nell'infanzia, molto importante nell'adulto.

L'*allergia vaccinica* spiega l'aspetto delle lesioni di rivaccinazione, e deve fare sparire il termine di falso vaccino che è in effetti un vaccino vero su terreno allergico, fornendo all'organismo il complemento d'immunità che gli manca.

L'*allergia tifica* è dimostrata dalle intradermoreazioni con la tossina ebertiana, le quali sono debolmente positive nel periodo di stato e forti alla fine del periodo febbrile.

L'*allergia melitense* si dimostra con l'intradermoreazione o la cutireazione alla melitina (filtrato di cultura di bacillo di Bang) che è positiva dopo sette giorni dell'inizio della malattia e tale rimane per anni. È più precisa e specifica della sieroreazione.

L'*allergia difterica* si dimostra con l'anatossireazione di Zoeller che come la cutireazione è negativa nei soggetti indenni e positiva dopo un'infezione difterica con reazione di Schick generalmente negativa.

Le ricerche fatte per altre infezioni (scarlattina, ulcera molle, piogeni, ecc.) non hanno dato risultati praticamente utili.

Per quel che riguarda l'*allergia da vermi* è da rilevare che per l'ascaridiosi e l'oxiuriosi le reazioni non hanno sicuro valore diagnostico. L'allergia idatidea invece ha un valore reale. Gli accidenti che si verificano in seguito alla apertura o alla puntura di cisti sono di natura anafilattica. Dal punto di vista diagnostico l'intradermoreazione con l'idatina (reazione di Casoni) è superiore al metodo della deviazione del complemento.

L'*allergia serica* si estrinseca con gli accidenti provocati da iniezioni di siero. In un individuo nuovo i primi sintomi della malattia da siero si manifestano dopo 8-12 giorni. Invece in un sensibilizzato da un'iniezione o dall'ingestione di carne di cavallo cruda gli accidenti serici si manifestano molto presto dopo qualche minuto, qualche ora o qualche giorno.

L'*asma allergica* può essere provocata dalla inalazione e tavolta anche dall'ingestione di sostanze diversissime.

L'*allergia nelle dermatosi* è tra le meglio accertate. Le forme più comuni sono gli eczemi e l'orticaria. Esse possono essere provocate da molteplici sostanze assorbite prevalentemente per via orale.

L'allergia come fenomeno biologico è stata interpretata finalisticamente come un tentativo da parte dell'organismo d'impedire la penetrazione di sostanze estranee nella sua compagine. È questa un'opinione molto discutibile, come discutibili sono le opinioni circa i rapporti tra allergia ed immunità. Per alcuni si tratta di due fenomeni indipendenti, per altri invece si tratta di fatti dello stesso ordine che si trasformano a tappe l'una nell'altra.

Allo stato dei fatti si può concludere nel seguente modo: La penetrazione nell'organismo di una sostanza estranea non provoca alcuna reazione, e si ha allora l'*anergia* o *anallergia;* se invece provoca una reazione si può avere una *allergia non specifica* o *specifica*. La reazione specifica può esercitarsi in due sensi: *ipersensibiltà* (intolleranza, anafilassi) o *assuefazione* (immunità). DR.

Sulla coesistenza della rinite vasomotoria con alterazioni della digestione.

(D. ADLESBERG e L. FORSCHNER. *Medizinische Klinik*, 3 giugno 1932).

Lo studio degli AA. prende lo spunto dalla osservazione fatta su un uomo di 50 anni da molti anni in cura per rinite vasomotoria e dalla stessa epoca in trattamento anche per disturbi gastrointestinali: nel corso della malattia egli aveva osservato che i disturbi del naso andavano di pari passo con quelli dell'intestino. Date le connessioni notoriamente esistenti fra alcune alterazioni funzionali del tubo digerente e certe malattie della pelle e delle mucose, gli AA. studiarono sistematicamente in tutti i casi di rinite vasomotoria capitati alla loro osservazione, la funzione gastrointestinale e in tutti i pazienti con affezioni croniche dell'intestino le manifestazioni nasali obbiettive e subiettive.

Dai dati raccolti gli AA. credono di poter dividere la rinite vasomotoria in tre gruppi: la r. v. allergica pura, la forma enterogena e infine la r. v. climaterica riscontrabile in donne nel periodo del climaterio.

Nel giro di 4 anni vengono raccolti 36 casi di r. v. accompagnata da disturbi che a seconda dei casi riguardano lo stomaco, il tenue o il crasso. In genere esiste una normale acidità gastrica ma in 5 casi, riscontrarono una completa acloridria accompagnata da diarrea gastrogena, mentre in 4 casi esisteva un'ipercloridria capace di spiegare la costipazione talora coesistente.

Le alterazioni del tenue si presentano o in forma di catarro cronico del tenue senza catarro del grosso intestino o in forma di enterocolite cronica: i pazienti che presentano la prima forma possono avere una normale defecazione o soffrire di stipsi, essi si lamentano di un senso di pena nell'addome che inizia poco dopo il pasto e si localizza specialmente attorno all'ombellico, insieme a nausea, alterazione dell'appetito e sopratutto a senso di gonfiezza e flatulenza. L'esame obbiettivo in questi casi fa rilevare una certa dolenzia alla pressione nella regione periombellicale specie dal lato sinistro; l'esame microscopico delle feci fa rilevare grasso neutro ed acidi grassi anche con una dieta normale; in alcuni casi tendenza alla diarrea.

Solo pochi malati avevano manifestazioni dell'altra forma (enterocolite cronica) caratterizzata sopratutto da diarrea persistente da lungo tempo, con feci fluide e semifluide contenenti muco e residui alimentari non digeriti ecc.

Più frequenti furono i casi di r. v. coesistenti a varie forme di colite cronica: da questo punto di vista la più importante è la colite del tratto ascendente che permette, assai più delle altre sezioni, il riassorbimento dei prodotti di putrefazione o di fermentazione.

Dallo studio dei casi citati gli AA. si formano il concetto che in conseguenza dell'alterata funzionalità intestinale venga riassorbito qualche speciale componente degli alimenti o qualche alterato prodotto di secrezione e che perciò, come in alcune malattie della pelle, si crei una predisposizione per l'insediarsi dei disturbi del naso. Gli AA. ammettono però anche una componente locale alla quale si somma la causa enterogena nociva.

A sostegno di queste idee sta l'azione miglioratrice o addirittura curatrice che sulle manifestazioni nasali esercita la terapia diretta all'affezione addominale.

Una sostanziale analogia hanno gli altri 33 casi raccolti dagli AA. in cui però, a differenza dei precedenti, le manifestazioni intestinali (per lo più diarrea cronica da enterocolite, raramente tiflocolite) precedettero quelle nasali.

Rapporti ancora sembrano esistere fra r. v. e secrezioni interne come starebbero a dimostrarlo molti casi che avendo una storia assolutamente muta, si sviluppano durante il climaterio o che iniziati durante la gravidanza sparirono poco dopo il parto; a questo gruppo si potrebbero ascrivere anche quei casi in cui la rinite coincise col periodo mestruale o premestruale.

Concludendo quindi la rinite vasomotoria non ha un'eziologia unica. Il maggior numero dei casi è di origine allergica, un secondo gruppo riconosce un nesso enterogeno, un terzo è in rapporto con gli increti. Queste forme possono essere designate come rinite vasomotoria allergica, enterogena e incretoria.

E. ANTONIAZZI.

Concezioni patogenetiche e trattamenti attuali dell'asma.

(M. GAUCHER e M. ALBEAUX-FERNET. *Gaz. des Hôp.*, 23 luglio 1932).

Perchè una crisi di asma si manifesti, sembrano necessari tre fattori: una spina irritativa, vero terreno locale e punto di richiamo dell'asma, un terreno costituzionale speciale e una causa scatenante.

La più importante delle spine irritative è quella respiratoria. Tutte le cause di sclerosi polmonare possono essere incriminate, le bronchiti a ripetizione e, in primo luogo, la tubercolosi. Si tratta quasi sempre allora di tubercolosi fibrosa ad evoluzione torpida, forse anche di forme dovute all'ultra-virus tubercolare. Per contro la sifilide sembra che abbia un'importanza accessoria.

Vi sono però dei casi in cui l'esame tanto clinico che radiologico resta negativo dal punto di vista polmonare. Si tratta allora, secondo Vallery-Radot e Fr. Claude, di una fragilità dell'apparecchio respiratorio, dovuta ad una eccitabilità anormale delle terminazioni del pneumogastrico e del simpatico nell'apparato respiratorio, ipereccitabilità che può essere costituzionale o provocata e mantenuta da una spina irritativa.

Le lesioni vasali costituiscono ugualmente una spina irritativa frequente. Gli inglesi insistono poi particolarmente sulla importanza dei disturbi digestivi nell'asma.

Per quanto riguarda il terreno costituzionale, l'eredità costituisce il fattore più importante. Frequentemente si trovano negli ascendenti o nei collaterali l'emicrania, l'eczema, l'orticaria, la corizza da fieno o l'asma vero; ugualmente non è eccezionale di trovare una tara nervosa negli ascendenti.

Non si sa ancora quale sia esattamente il meccanismo intimo di questa eredità; senza dubbio essa non fa che trasmettere uno squilibrio vago-simpatico, una fragilità particolare dell'apparecchio respiratorio, un perturbamento umorale.

Alcuni hanno voluto dare importanza all'eredo-sifilide, ma probabilmente non si tratta che di una coincidenza. Lo squilibrio vago-simpatico è una nozione più importante e più solidamente acquisita. Attualmente, in opposizione alla teoria dell'ipervagotonia, per lungo tempo ammessa, si pensa che tanto il vago che il simpatico intervengano nella produzione dell'asma; al vago è dovuto il branco-spasmo, al simpatico l'ipersecrezione della mucosa.

L'asma può associarsi a disturbi endocrini, esso è spesso modificato dalle varie tappe della vita genitale della donna, specie dai periodi mestruali. Secondo alcuni AA. l'eccesso o il difetto di prodotti di secrezione endocrina creerebbe uno stato di squilibrio colloidoplasmatico che favorisce lo scoppio dell'accesso asmatico.

È da notare infine che alcuni AA. hanno notato nell'asma una ipocalcemia che riferiscono ad una insufficienza paratiroidea; altri studiando l'equilibrio acido-base hanno constatato uno spostamento verso l'alcalinità nel corso dell'accesso.

Squilibrio vago-simpatico e spina irritativa non bastano a scatenare una crisi di asma; occorre l'aggiunta di una causa scatenante che provoca, in un gran numero di casi, uno squilibrio umorale.

Alcune volte questa causa appare specifica, altre volte il soggetto è sensibilizzato rispetto a cause molto diverse. Si sono anche descritte due grandi varietà di asma: l'asma anafilattico e l'asma colloidoclasico senza sensibilizzazione. Infine vi sono dei casi in cui la causa scatenante risiede unicamente in una irritazione della mucosa respiratoria, senza che vi siano manifestazioni colloidoclasiche.

Per affermare che un'asma è di natura anafilattica ci si baserà su tre criteri: clinici, biologici e terapeutici. L'interrogatorio permette in certi casi di ritrovare la sostanza sensibilizzatrice. Nei casi di asma estivi, bisogna ricercare la sensibilizzazione ai pollini, specialmente ai pollini delle graminacee. In altri casi si tratta di elementi del letto (lana, crine, piume) o di peli di animali domestici, altre volte di proteine alimentari. Quanto ai criteri biologici, il migliore è fornito dal metodo, delle cuti-reazioni praticate con l'antigene di cui si sospetta la specificità. È questo un mezzo che deve essere bene interpretato. Perchè sia positiva, la cutireazione deve costituire una placca di orticaria di almeno 5 mm. di diametro.

Dei criteri terapeutici hanno valore solo i metodi di desensibilizzazione specifica.

In un gran numero di casi non si trova sensibilizzazione. Si tratta di fenomeni di choc intervenuti per cause diverse in un soggetto in istato di squilibrio umorale. Tutto può provocare una crisi di asma in tali soggetti. Infine vi sono dei casi (asma da inalazioni di fumo, di vapori di zolfo, ecc.) in cui l'asma sembra legato direttamente ad una irritazione della mucosa delle vie respiratorie senza che vi siano manifestazioni di choc colloidoclasico.

Per il trattamento della crisi di asma, l'adrenalina è il medicamento di scelta. Si utilizza una soluzione di cloridrato di adrenalina al millesimo che si somministra per via gastrica, per via nasale, ma sopratutto per via sottocutanea. Una iniezione di mezzo o di un centimetro cubo placa in alcuni minuti la dispnea. In un asmatico che non abbia mai fatto uso di adrenalina, è prudente non oltrepassare la dose di un quarto di milligrammo per la prima iniezione, per saggiare la suscettibilità dei malati rispetto all'adrenalina.

La durata dell'azione dell'iniezione varia con l'intensità della crisi e con l'accostumazione del malato. In presenza di una crisi forte non bisogna esitare a ripetere le iniezioni. Le dosi forti impiegate parecchie volte, sono generalmente ben sopportate. Frequentemente si associano all'adrenalina altre sostanze (papaverina, estratto ipofisario) destinate ad aumentare alcuni suoi effetti.

L'efedrina è attiva anche per via buccale, è molto meno tossica dell'adrenalina, e la sua azione è più durevole. Come l'adrenalina, l'efedrina è un medicamento dell'accesso asmatico; si può tuttavia adoperare a titolo preventivo. L'asma notturno, che interviene frequentemente ad ore fisse, può essere soppresso con la somministrazione di efedrina una o due ore prima dell'inizio dell'accesso. D'altra parte, l'assorbimento regolare di efedrina, ogni giorno oppure ogni due giorni, può in certi casi trasformare la sensibilità del malato e liberarlo per lungo tempo del suo asma. L'efedrina in complesso appare il medicamento di scelta per gli accessi di debole o di media intensità. È controindicata nei grandi simpaticotonici, i basedoviani, gli aortici, gli anginosi, i grandi ipertesi.

La morfina ed i preparati oppiacei, non più usati dopo l'introduzione dell'adrenalina, possono essere necessari nello stato di male asmatico e nelle crisi molto violente.

Il trattamento etiologico deve proporsi tre obiettivi: trattare la spina irritativa, desensibilizzare il soggetto rispetto alla causa scatenante, modificare il terreno favorevole allo sviluppo di questa crisi.

Il trattamento della spina irritativa sarà diverso secondo la natura di essa (trattamento della tubercolosi, regime dietetico, opoterapia, ecc.). Lavori recenti hanno messo in evidenza l'efficacia degli interventi chirurgici (chirurgia del simpatico, che ha lo scopo di sopprimere il broncospasmo, interventi sul rino-faringe, appendicectomia, colecistectomia, ecc.).

Per il trattamento desensibilizzante occorre conoscere la sostanza alla quale il malato è sensibilizzato. La desensibilizzazione può essere fatta con il metodo delle cutireazioni ripetute. Altri metodi in uso sono la desensibilizzazione per via gastrica, il trattamento con autovaccini con la flora microbica proveniente dalle vie respiratorie, dalle vie digestive o da un focolaio di infezione. Si impiegano anche con successo le camere senza allergeni, camere cioè che ricevono aria sbarazzata dal pulviscolo atmosferico. L'impiego di maschere filtranti può dare risultati apprezzabili in alcuni casi.

Il trattamento modificatore del terreno ha lo scopo di agire sul sistema vago-simpatico e sullo stato umorale del malato. L'asmatico essendo un colloidoclasico, ogni modificazione capace di perturbare i suoi colloidi plasmatici può avere un'azione favorevole; ma bisogna essere prudenti in questi tentativi. L'asmatico è un instabile umorale e l'iniezione di un prodotto qualunque, anche a dosi minime, sopratutto per via endovenosa, può creare degli accidenti di choc traumatici.

La belladonna dà buoni risultati nei casi di vagotonia manifesta. L'adrenalina e l'efedrina sono prescritte allo scopo di elevare il tono del simpatico. Il gardenal può dare eccellenti risultati. L'introduzione nell'organismo di sostanze albuminoidee o cristalloidi diverse ha per scopo di rendere l'organismo indifferente all'azione degli chocs umorali. La proteinoterapia è un metodo frequentemente adoperato (peptone intradermico, peptone sottocutaneo, peptonoterapia preprandiale, autoemoterapia, auto-sieroterapia, siero di cavallo, iniezioni di latte, stocks vaccini).

Le sostanze cristalloidi sono utilizzate con più o meno grande successo (iniezioni endovenose di cloruro di calcio, di iposolfito di sodio). Infine alcune vecchie terapie possono contribuire a modificare il terreno dell'asmatico (jodio, arsenico, cure termali).

Altri metodi, di cui il modo d'azione è mal conosciuto, sono la roentgenterapia splenica o polmonare, raggi ultravioletti, salasso, la piretoterapia. C. TOSCANO.

SECREZIONI INTERNE.

Il trattamento dell'emofilia con estratto ovarico.

(A. RAVINA. *La Presse Médicale*, 25 febbraio 1933).

Il fatto che l'emofilia si trasmetta per via femminile e colpisca quasi esclusivamentee il sesso maschile risparmiando la donna stessa che trasmette la malattia non è stato sinora considerato con sufficiente attenzione. Solo da qualche tempo, un certo numero di autori hanno considerato questo fatto, ammettendo che la donna, capace di trasmettere l'emofilia, debba possedere in potenza tale malattia e che esista nel suo organismo un fattore X che ne impedisce lo sviluppo. L'ipotesi più verosimile è che si tratti di un elemento dipendente, sotto una forma qualsiasi, dalla secrezione ovarica. Questa teoria è stata sostenuta principalmente da Birch, Niehans e Bertarelli. Birch è partito dal principio che nell'emofilia esista un disturbo ormonico. È definitivamente stabilito, egli dice, che nell'uomo esistono alcuni elementi biologici del sesso femminile: in particolare l'ormone sessuale femminile può essere isolato nelle urine di un soggetto maschio normale. Ora Birch ha dimostrato che in 7 casi di emofilia si aveva mancanza assoluta nelle urine di ormone sessuale femminile: questo mancava anche in due donne, che avevano trasmesso l'emofilia.

Niehaus si è occupato del medesimo soggetto sin dal 1928 tentando la cura dell'emofilia con trapianti di ovaio. Egli crede che l'ovaio secerna soltanto in determinati periodi l'ormone utile alla coagulazione: questa secrezione non si avrebbe durante la fase di proliferazione con maturazione del follicolo, durante lo sviluppo del corpo luteo e durante la rottura di questo: si avrebbe invece durante il resto della fase evolutiva.

È da notare, d'altra parte, che l'opoterapia ovarica svolge la sua azione solo per un periodo di tempo abbastanza limitato e non sembra abbia la proprietà di modificare durevolmente il disturbo della coagulazione. Essa non permette quindi la guarigione della emofilia. Bisognerebbe, per ottenere un risultato persistente, sia ricorrere al trapianto ovarico, sia ripetere frequentemente le iniezioni.

Questo metodo non è dunque di molto superiore al trattamento con siero, ma permette ad ogni modo di lottare contro quei periodi di gravi emorragie spontanee così frequenti negli emofiliaci, e può servire quale metodo di preparazione ed un intervento chirurgico.

Kimm e Van Allen consigliano, in periodo di emorragia, di iniziare subito le iniezioni di estratto ovarico alle dosi di 0,25, ripetendole ogni 6 ore fino all'arresto dell'emorragia. Si potrà in seguito fare una iniezione al giorno fino a guarigione della ferita che aveva dato luogo all'emorragia. Sembra che il medicamento abbia una certa azione cumulativa, che si fa sentire più a lungo sul tempo di retrazione che su quello di coagulazione. La dose di 0,25 è sufficiente, non avendosi risultati migliori con dosi più alte. La cura dell'emofilia con estratto ovarico è dunque facile, efficace e senza inconvenienti. Ha perso molto del suo interesse per il fatto che si è visto che la sua azione non è duratura. Sarebbe interessante stabilire se anche a cura per via orale abbia la stessa efficacia, cosa che finora non è stata tentata. G. LA CAVA.

Pellagra ed alterazioni endocrine.

(S. J. TANNHAUSER e L. ASCHOFF. *Münch. Med. Woch.*, 24 febbraio 1933).

La « pellagra » è una diagnosi che ormai non suona più, se non raramente nelle aule di clinica e nelle corsie degli ospedali. Eppure solo cinquanta anni fa essa era ancora abbastanza frequente nell'Europa centrale: i modernissimi trattati invece appena ne accennano. Ma la rarità della malattia non ha tuttavia diminuito l'interesse che in essa avevano posto gli studiosi: molti punti della sua etiologia e patogenesi sono ancor oggi oscuri ed aspettano da ulteriori ricerche una luce maggiore di verità.

L'A. coglie occasione da quattro casi da lui osservati, per fare alcune interessanti considerazioni sulla malattia. Anzitutto ricorda, ai giovani specialmente, come la diagnosi di pellagra si possa stabilire anche in mancanza di alterazioni cutanee; come la malattia, cronica fino a poter durare tutta la vita, si possa clinicamente dividere in tre stadi, nel primo dei quali si hanno generalmente le alterazioni cutanee, consistenti in ipercheratosi con iperpigmentazione, insieme a disturbi a carico del sistema gastro-enterico, mentre il secondo e terzo stadio sono caratterizzati dai disturbi, organici e funzionali, a carico del sistema nervoso, con neuriti, alterazioni vasomotorie e trofiche e alterazioni della psiche.

L'etiologia della pellagra ha dato luogo ad una serie di teorie, che sono lo specchio fedele dell'evoluzione della scienza medica dell'epoca: si comincia con la teoria dell'avvelenamento con mais guasto, per passare alla teoria protozoaria di Sambon, alla teoria streptococcica di Tizzoni, a quella di Alessandrini, che poneva in rapporto la malattia con l'acqua delle località in cui essa si sviluppava. Un fatto rimane sicuro ed è quello del rapporto diretto fra la malattia e la nutrizione con mais. Oggi le ricerche di Goldberger e della sua scuola avrebbero dimostrato che la pellagra è una avitaminesi: tale vitamina è stata chiamata B_2 per distinguerla dalla vitamina B_1, che sarebbe quella antiberiberica.

È merito del clinico danese Hess-Thaysen l'aver dimostrato che la pellagra si osserva ancora, sporadicamente, in tutte le regioni d'Europa. La sporadicità dovrebbe essere spiegata ammettendo non una mancanza di vitamina B_2 nell'alimentazione bensì una diminuita possibilità da parte dell'intestino di riassorbire tale sostanza, in seguito a gravi malattie intestinali.

I quattro malati studiati dal Tannhauser presentavano un complesso sintomatico caratteristico, che si può così riassumere:

1) attacchi frequentemente ripetuti di disturbi intestinali, con dolori a tipo colico e diarrea senza steatorrea;

2) gravi alterazioni psichiche con perdita della capacità lavorativa, stato depressivo;

3) anoressia, magrezza, adinamia;

4) pigmentazione a tipo cloasma, di colorito brunastro sporco, su tutto il corpo, ma specialmente nei punti esposti alla luce;

5) grande sviluppo di peli a tipo lanugine su tutto il corpo;

6) povertà di calcio delle ossa con tendenza alle fratture spontanee; formazione di osteofiti sulle ossa delle falangi e metacarpali;

7) manifestazioni cutanee pellagrose « ad attacchi » specialmente durante la primavera e l'autunno, ed in corrispondenza delle mani e dei piedi.

In due di questi casi l'A., non avendo ancora osservato le manifestazioni pellagrose cutanee, ebbe l'impressione di trovarsi di fronte a una grave alterazione endocrina, probabilmente una magrezza ipofisaria con partecipazione plurighiandolare. Ma il sopravvenire della sintomatologia cutanea e la tipica storia

di disturbi gastroenterici accoppiati ad alterazione della psiche, posero in campo il problema: si trattava cioè di una alterazione primitivamente pellagrosa, che nel suo cronico decorso aveva dato luogo a manifestazioni endocrine, una specie di terzo stadio della pellagra, con cachessia e marasma; o si trattava invece di una lesione primitivamente endocrina nel senso di una magrezza surrenale o ipofisaria che avesse secondariamente, per l'anoressia, portato alla pellagra i malati?

L'A., basandosi specialmente sui dati anamnestici, crede di poter concludere che il complesso sintomatico da lui individuato, e che egli propone di chiamare « Freiburger Symptomen Komplex », sia da riferire ad una pellagra con manifestazioni endocrine.

Le conoscenze anatomo-patologiche a questo riguardo sono ancora poco chiare: pochi infatti sono i casi di pellagra in cui all'autopsia si siano trovate lesioni a carico delle ghiandole endocrine.

Tale il caso di Rubinato, che in un pellagroso trovò un'atrofia totale del connettivo delle surrenali e quelli di Finotti e Tedeschi che trovarono in pellagrosi focolai necrotici nella corticale e atrofia della midollare dei surreni. Rubinato trovò anche alterazioni dell'ipofisi nel senso di un'atrofia della porzione anteriore. Tali dati concordano con quelli sperimentalmente ottenuti da Rondoni e Montanari.

L. Aschoff, che ha potuto praticare l'autopsia di uno dei pazienti descritti dall'A., ne riferisce, mettendo in evidenza come sia in questo come in altri numerosi casi di pellagra da lui sezionati in Bucarest durante la guerra mondiale, era possibile mettere in evidenza notevoli alterazioni a carico delle ghiandole endocrine e specialmente dell'ipofisi e delle surrenali. Il dato principale consiste in una notevole atrofia della corticale, corrispondentemente a quanto hanno trovato Finotti e Tedeschi, i quali anzi pensano che in alcuni casi non sia possibile stabilire dei limiti precisi fra pellagra e malattia di Addison.

Le pigmentazioni cutanee della pellagra sono dunque secondarie all'alterazione surrenale?

Studi ulteriori potranno accertarlo. Il problema fondamentale resta, ed è questo: nella genesi della pellagra l'avitaminosi agisce direttamente, oppure indirettamente attraverso le ghiandole a secrezione interna?

G. LA CAVA.

Calcificazione delle ghiandole surrenali nel m. di Addison.

(J. D. CAMP, R. G. BALL e C. H. GREENE. *The Americ. Journ. of Roentgenology and Radium Terapy*, 5 novembre 1932).

Gli AA. hanno fatto uno studio radiologico in proposito alla Clinica Mayo, allo scopo di stabilire la frequenza delle calcificazioni surrenali in surreni isolati (da autopsie di morti per m. di Addison) e in malati della stessa malattia.

Le ghiandole surrenali furono pure in 34 casi diagnosticati o come m. di Addison o come ghiandole surrenali, e precisamente in 23 casi di Addison, 1 di probabile Addison, 3 di altre malattie e 8 di lesioni surrenali tubercolari o no. Furono anche fatte osservazioni di controllo in un gruppo di ghiandole surrenali macro- e microscopicamente normali.

Nelle ghiandole normali sottoposte a esame radiologico non si trovarono calcificazioni. Nelle ghiandole malate, c'erano in alcuni casi calcificazioni che i raggi X non misero in evidenza.

Furono trovate calcificazioni coll'esame radiologico in 6 su 23 casi di morbo di Addison (26 %), in 2 su 3 casi di sospetto m. di Addison (66,6 %) e in 3 casi nel gruppo di lesioni tubercolari surrenali senza Addison.

Quindi calcificazioni furono trovate complessivamente in 11 casi (32,3 %). Questa frequenza di reperto radiologico in pezzi di autopsia fa porre il problema della possibilità che queste calcificazioni possano mettersi in evidenza in vita.

Nella letteratura sono stati pubblicati sei casi soli di calcificazione constatata radiologicamente nelle surrenali di malati di Addison.

Gli AA. fecero radiografie a malato supino, lievemente sollevato (di 30°) a D. per l'esposizione del surrene sinistro e viceversa sollevato a sinistra per l'esposizione del surrene destro e il tubo fu centrato verticalmente all'estremità inferiore dello sterno.

Nell'interpretazione delle ombre calcificate bisogna distinguere le varie calcificazioni possibili: delle cartilagini costali, delle ghiandole mesenteriche, dei calcoli biliari, dei calcoli renali, dell'aorta addominale, di ascessi paravertebrali e perirenali. Il surrene si muove col rene nei movimenti respiratori, quindi la motilità è uno dei mezzi di accertamento della sede delle ombre calcificate.

Il pneumorene può essere utile, ma non fu usato dagli AA.

Il trovare calcificazioni surrenali in caso di probabile m. di Addison è elemento che permette di accertare la diagnosi.

R. LUSENA.

ORGANI DI MOVIMENTO.

Una nuova malattia dello scheletro.

(PAAS. *Zbl. f. Chir.*, n. 45, 1932)

L'A. ha descritto, per primo, nel 1931 (*Arch. f. klin. Chir.*) una nuova malattia sistemica dello scheletro, in un uomo di 31 anni, caratterizzata da: coxa plana valga bilaterale, patella partita bilaterale, accorciamento delle ultime due falangi delle dita delle mani e dei piedi, grave deformità bilaterale del gomito con sublussazione del capitello del radio, scoliosi e spondilite deformante della colonna lombare con schiacciamento dei corpi vertebrali.

Nei precedenti anamnestici nulla di notevole all'infuori di un rachitismo tardivo e l'A. si contentò di interpretare il quadro morboso in questione come una conseguenza della rachitide. Successivamente, dubitando dell'esattezza di questa interpretazione ha voluto indagare su un eventuale carattere familiare e ha trovato in una sorella del paz. le stesse alterazioni ossee e articolari. Con molta probabilità anche un'altra sorella, morta, dovea presentare le stesse lesioni osteo-articolari, stando alla descrizione dell'aspetto degli arti e dei disturbi della deambulazione riferita dai familiari.

L'A. riporta altri tre casi, tratti dalla letteratura, in cui sono state riscontrate alterazioni osteo-articolari simili a quelle dei suoi due casi facendo rilevare che in tutti 5 i casi finora noti è stata dimostrata l'associazione di alterazioni dell'anca del tipo della malattia di Perthes con la assai rara anomalia rotulea.

Sulle numerose questioni teoriche che apre il nuovo quadro morboso l'A. si riserva di ritornare al più presto. Intanto crede di potere affermare che:

1) si tratta di una nuova malattia sistemica dello scheletro;

2) la malattia diviene manifesta nell'età della crescenza e colpisce in prevalenza la zona epifisaria dello scheletro degli arti;

3) ambedue i sessi possono esserne colpiti;

4) la malattia ha carattere familiare. L'eredità è probabile per lo meno nel senso di una disposizione costituzionale ereditaria;

5) i fattori degenerativi hanno una certa importanza etiologica. G. PACETTO.

Rotture e strappi di muscoli e tendini delle estremità inferiori.

(E. L. GILCREEST. *Journ. Am. Med. Ass.*, 21 gennaio 1933).

Oggi che lo *sport* ha assunto sì grande importanza nella vita dei popoli, queste lesioni, che negli antichi trattati erano considerate piuttosto rare, non possono più essere considerate tali. Ed è per questa pretesa rarità che esse non sono oggi sempre riconosciute e passano invece sotto l'etichetta di neurite, artrite *et similia*, con grande svantaggio del malato, il quale viene sottoposto per settimane e anche mesi ad una cura che non gli reca alcun beneficio: svantaggio tanto maggiore se si pensa che in alcuni casi di rotture estese di muscoli e tendini solo una adatta cura chirurgica potrà ristabilire la funzionalità dell'arto e riportare alle sue attività il paziente molto prima che non lo facciano le comuni misure conservative.

Svariatissimi sono i fattori che possono causare le rotture di tendini e muscoli, sia dell'estremità superiore che inferiore: non si può negare che la stanchezza o alterazioni senili o patologiche siano il terreno su cui più facilmente si sviluppano le rotture muscolari o tendinee: ma queste possono aversi anche in individui giovani e sani, in seguito per lo più a trauma indiretto: sono queste che maggiormente attraggono la nostra attenzione.

In quanto al meccanismo col quale la lesione si stabilisce, pochi sono i casi nei quali la rottura muscolare o tendinea si è avuta mentre il muscolo era in stato di flaccidità: per lo più essa invece si verifica quando il muscolo trovasi in stato di forte contrazione, con partecipazione di un gruppo di muscoli antagonisti: è dunque un movimento di sorpresa, inaspettato, ed una incoordinazione della contrazione dei vari muscoli che porta alla rottura muscolare e tendinea.

Per quanto riguarda la sede di maggior frequenza Grassheim, sulla statistica di 500 casi da lui studiati, mette in prima linea i muscoli del polpaccio, quindi gli estensori della gamba, il bicipite del braccio, il tendine di Achille e, infine, l'estensore del pollice.

Le rotture che interessano i muscoli estensori del ginocchio sono senza dubbio le più gravi in quanto involvono la funzione di tutto l'arto inferiore. Secondo Grassheim quattro sono le lesioni che possono verificarsi in questa regione: uno strappo del quadricipite, uno strappo dell'inserzione tendinea al disopra della rotula, un distacco del « ligamentum patellae » o anche della tuberosità tibiale, lesione questa caratteristica dei giovani in periodo di sviluppo. Queste lesioni si producono attraverso due possibili meccanismi: in un primo caso, improvvisamente l'individuo tende a cadere e cerca ad ogni modo di sostenersi, ma nel momento avverte un violento strappo alla gamba e cade; oppure, secondo caso, cade col ginocchio esageratamente flesso e nello sforzo di controleva il muscolo o il tendine si strappa e, in qualche caso, la rotula si frattura. Si verifica subito emorragia, che involve l'articolazione del ginocchio; la rotula è abnormalmente mobile e si ha ballottamento: l'estensione della gamba è limitata o impossibile. Se lo strappo è soltanto parziale è consigliabile tentare misure conservative, specialmente se si tratta di persone anziane. Se lo strappo è invece esteso e la rottura completa, è opportuno che il chirurgo intervenga immediatamente, specialmente se si tratta di individui giovani. Sia nell'un caso che nell'altro non bisogna dimenticare come il quadricipite sia, fra i vari muscoli del corpo umano, quello che più rapidamente e facilmente va in preda ad atrofia: massaggio e faradizzazione dovrebbero quindi essere praticati il più precocemente possibile onde prevenire questa condizione.

L'A. illustra 4 casi di rottura del quadricipite e un caso di rottura del muscolo retto della coscia.

Passando poi a parlare degli strappi interessanti i gruppi muscolari flessori del ginocchio, descrive un caso di rottura del semitendinoso e del semimembranoso, che dopo un

lungo periodo di inefficace cura conservativa ebbe buoni vantaggi dall'intervento riparatore. Così anche in due casi di rottura del capo interno del gastrocnemio; meccanismo della rottura era stato, in questi due casi, torsione spirale del corpo, restando il piede in posizione fissa.

Fra le lesioni dei muscoli del polpaccio è caratteristica la cosidetta « *gamba da tennis o dei tennisti* » (*tennis leg*) che consiste in una rottura o strappo del muscolo plantare, ma che può anche involvere altri muscoli del polpaccio ed anche il tendine di Achille. La storia di questi casi è tipica. Sembra che nel momento in cui il giocatore salta o tenta di saltare o improvvisamente gira il corpo restando il piede fermo e diretto in avanti, egli provochi un contorcimento a spirale del muscolo: il tennista avverte allora improvvisamente un forte dolore al polpaccio, come se una pietra lo avesse colpito, e cade a terra: si crede generalmente che la rottura del muscolo sia secondaria alla caduta, ma il vero è il contrario.

Nelle rotture del tendine di Achille il meccanismo fondamentalmente è lo stesso: una forte improvvisa trazione sul tendine, quale, per esempio, si ha nella flessione dorsale forzata del piede.

Le infezioni, specialmente la *lues*, possono concorrere a provocare la lesione, diminuendo la resistenza del tendine: altri fattori occasionali sono l'età e l'eccessivo peso del corpo.

La lesione si riscontra particolarmente in alcune classi, quale quella dei *boxeurs*, degli alpinisti o tennisti, ed anche nei ballerini.

Le rotture incomplete possono essere trattate con metodi conservativi: si pone il piede in semiflessione plantare in modo da dar riposo al tendine. Sconsigliabile, anzi dannosa, la fasciatura stretta circolarmente attorno al tendine leso: tale pratica provocherebbe cicatrici viziose.

La rottura completa deve essere riparata chirurgicamente.

In tutte queste lesioni, la diagnosi funzionale è buona, purchè esse vengano trattate propriamente e precocemente. G. LA CAVA.

Tumori a mieloplassi delle guaine tendinee.

(VAN DER BEKEN. *Journ. et Am. de Soc. Belge de Chirurg.* n. 1, 1932).

L'A. presenta un caso di tale affezione descritta nel 1891 da Heurteaux.

Si trattava di un uomo di 41 anni, portatore da 8 anni di una tumefaz. come una nocciuola sul palmo della mano all'altezza del V metacarpo, e di un'altra consimile sulla falange dell'anulare lungo il tendine flessore. Poichè negli ultimi 3 mesi erano sensibilmente aumentati di volume, era ricorso al chirurgo, che in anestesia locale ne praticò l'exeresi e costatò essere in connessione con la guaina dei tendini flessori. L'esame istologico diede il responso di tumore a mieloplassi.

Si sa che tali tumori prediligono le guaine dei flessori della mano nel loro tratto digito-palmare; molto meno colpiti sono i tendini degli estensori e delle dita del piede.

Si presentano come tumefazioni piccole, ben delimitate, dure, bozzute, ad accrescimento lento, spostabili, non disturbanti la funzione del tendine da cui dipendono, che non recidivano se bene asportati, che non danno metastasi, indolenti.

Hanno colorito bianco-grigiastro con piccole macchie rosee, circondano il tendine a cui aderiscono, sono bene incapsulati e quindi facilmente asportabili, possono raggiungere discreto volume, più grossi di un uovo o di un pugno (caso di Lecène).

Al microscopio appare la loro struttura connettivale di elementi fibroblasti e cellule a mieloplassi.

Lecène e Moulonguet li ritengono tumori distrofici e non veri blastomi.

Il trattamento è chirurgico e consiste nella ablazione che è facile. R. GRASSO.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

M. BERTOLOTTI. *Alessandro Magno*. Vol. in-8°, di pagg. 413, 1933. Torino, F.lli Bocca.

Un magnetico condottiero quale Alessandro Magno, non poteva non tentare numerosi autori, critici, storici, biografi intesi a lumeggiare ai posteri la vita e le gesta epiche di un monarca che attraverso sì grandi vicende aveva saldamente costituito le basi di un vasto impero. E la curiosità degli storici e l'avidità degli archeologi non dovevano sminuire, a distanza di secoli, il tentativo di ricostruire la ricca scenografia e i tattici svolgimenti di memorabili battaglie o l'idea di rappresentare vividamente, negli atti e nelle sembianze, la personalità del fulvo erede di Olimpia e Filippo.

Ma, tranne sporadiche monografie, nessuno aveva tentato di offrirci, fino ad oggi, uno studio organico e completo del Condottiero nella sua essenza costituzionalistica — il biotipo — al lume delle conoscenze di morfologia e patologia.

Bertolotti, l'illustre radiologo torinese, ha scrutato nelle pagine dei commentatori di Alessandro per ricostruirne la vita fisica e psichica, ricorrendo a volte a impensate applicazioni radiologiche per meglio rivelare e dimostrare alcune verità.

Il volume, ricco di quattordici capitoli, è la somma di osservazioni desunte dalla lettura di testi arcaici e dalla sottile analisi di monete, medaglie, statue, frammenti iconografici riproducenti le sembianze del Re Macedone. I fattori ereditari ed i momenti che precedettero la nascita, fattori che tanta parte ebbero in alcuni suoi atteggiamenti esteriori, vengono presi in considerazione; il periodo dell'adolescenza, le prime amicizie ed il clima morale e spirituale sotto la guida di Aristotile, come gli anni che dovevano lasciare profonde tracce nella mente del Condottiero vengono analizzati e così lo sviluppo corporeo e la rivelazione del forte ingegno e dell'adamantino carattere che affiorò fu nella prima giovinezza.

Intessuti di vivida narrazione, l'apparizione di Alessandro sui campi di battaglia, il suo genio conquistatore ed il disprezzo del pericolo perchè là dove più infuriava la mischia l'eroe incitava con l'esempio, primo fra i primi, i suoi uomini alla battaglia per vincere o morire o lasciare sul campo il proprio sangue vermiglio, sono volta a volta proiettati lucidamente alla nostra avida curiosità. Le numerose ferite — nucali, craniche, toraciche — che tanta traccia lasciarono sull'organismo del Re, e le malattie che ne affrettarono il tragico destino alla giovane età di trentatre anni, sono oggetto di una indaginosa diagnosi retrospettiva al lume delle moderne conoscenze di endocrinologia, radiologia, neuropatologia.

A ventitre secoli di distanza le ricerche atte ad illuminare le minorate resistenze organiche e le cause della morte dell'eroe, non potevano essere più sottilmente discusse.

In stile facile e semplice, con una prosa ricca e scorrevole, il libro per le luci nuove che apporta alla conoscenza della figura di Alessandro Magno è altamente istruttivo e rappresenta una ben nobile fatica e un bel dono ai cultori della Medicina Storica.

C. FRUGONI

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

CH. ACHARD. *Les crises dans les maladies cycliques*. Un vol. in-8°, di 108 pag., con 47 fig. Masson et C.ie, Paris, 1932. Prezzo 20 fr.

In quattro conferenze tenute all'Università di Bucuresti, l'A. ha prospettato una questione di patologia generale, che ha sempre destato l'interesse dei medici, per tutti i problemi che da essa derivano e che sono connessi con quello della guarigione.

Il complesso fenomeno può scindersi in diversi fattori che l'A. esamina partitamente e cioè: 1) Crisi termoregolatrici; 2) Crisi emoplasmatiche; 3) Crisi urinarie; 4) Crisi del dinamismo umorale e cellulare.

Sebbene la crisi appaia più spiccata nelle malattie cicliche (tipico esempio la polmonite), essa si osserva anche negli attacchi evolutivi di quelle acicliche, sicchè il problema assume un ancor più vasto significato.

Siamo ancora allo studio analitico, ma si intravedono già i rapporti fra i vari fenomeni della crisi, che preludono forse alla fase sintetica di questo studio che si presenta di grande interesse anche pratico per la prognosi e la terapia. *fil.*

Medicamenta. Guida teorico-pratica per sanitari. IV edizione, 36° migliaio. Due volumi in-16° di complessive pagg. 3112, rilegati. Cooperativa farmaceutica, Milano, 1933. Prezzo L. 100, per i nostri abbonati L. 94.

Fin dal suo primo apparire, questo libro ha suscitato il più largo consenso fra gli studiosi ed i pratici. Non è facile, di fatto, trovare riunite una così abbondante quantità di notizie disposte con ordine logico, esatte e, grazie alla stampa nitida su carta sottile, contenute in un volume di mole relativamente piccola e bene maneggevole. Particolarità tutt'altro che trascurabili in un libro di continua consultazione come questo.

Questa quarta edizione è di molto aumentata di mole, anche rispetto all'ultima, sicchè gli editori hanno opportunamente divisa l'opera in due volumi.

Nel primo, troviamo la parte generale, ampliata ed arricchita di nuovi capitoli. Tecnica

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

farmaceutica, organo-, siero-, vaccino, batterioterapia. Dietetica, terapia fisica, acque minerali, note di veterinaria, avvelenamenti (vi sono anche due belle tavole colorate con le principali specie di funghi), analisi chimica, ricerche cliniche, legislazione sanitaria (capitolo nuovo).

Il secondo volume è un ampio dizionario dei medicamenti; per ognuno di essi, ivi comprese molte specialità, sono dati i caratteri, i saggi, le proprietà terapeutiche, la posologia; prezioso repertorio, dove il medico al pari del farmacista troverà chiaramente e sinteticamente esposto tutto quanto gli occorre di sapere in materia. Seguono delle tabelle sulla incompatibilità dei medicamenti, un indice terapeutico ed un indice generale molto particolareggiato.

Per qualche capitolo, come per quello della disinfezione, sarebbe stata desiderabile una trattazione concepita con criteri diversi. Menda del tutto trascurabile nell'insieme di quest'opera che costituisce una vera miniera di cognizioni utili, precise, perfettamente aggiornate, per cui va data incontrastata lode ai compilatori per la non lieve fatica a cui si sono sobbarcati e per gli ottimi risultati a cui sono giunti. *fil.*

L'*Année médicale pratique*. Un vol. in-16°, di 684 pag. R. Lépine ed. Paris, 1933.

Il dodicesimo volume di questa utile raccolta che si pubblica sotto la direzione del prof. C. Lian è simile ai precedenti. Consta di circa 300 brevi riviste sintetiche su argomenti interessanti il medico pratico, dedotte dai più significativi lavori pubblicati nel decorso anno su tutte le branche della medicina, in cui sono esposte tutte le nozioni nuove od i nuovi punti di vista sulla diagnosi, la prognosi, la terapia. La materia è disposta per ordine alfabetico; ma esiste anche un indice sistematico per materie, sicchè si può trovare rapidamente la questione che interessa.

Seguono delle appendici sulle disposizioni di legge pubblicate in Francia, sulle principali specialità farmaceutiche e sui libri e strumenti nuovi. Da ultimo, un indice alfabetico dei lavori pubblicati nelle ultime cinque annate di questa pubblicazione.

Per il medico pratico, tale libro di rapida e comoda consultazione e che fornisce notizie ampie e precise costituisce un prezioso aiuto nell'esercizio professionale. A. F.

CONCEJO DE ADMINISTRACIÒN DE MONTEVIDEO. DIRECCIÓN DE SALUBRIDAD. *Memoria*, 1925-1931. Un vol. in-8°, di 854 pag., con molte tav. e fig.

Nell'ampio resoconto della Direzione di Sanità pubblica di Montevideo, troviamo dati di grande interesse per chiunque si occupi di problemi di igiene generale e sociale. Oltre alle molte questioni per le malattie infettive (fra cui la febbre gialla, la peste, la lebbra) la solerzia di tale Direzione ha provveduto per altre di grande importanza sociale. Anzitutto quella del latte, che ha avuto la sua soluzione con una legge del 1927; su tale argomento è stata redatta una vasta memoria, dallo stesso Direttore di Sanità, E. M. Claveaux, corredata di molte e belle fotografie.

Di un'altra bella iniziativa troviamo qui il resoconto, cioè dell'esame medico preventivo. L'esame obbligatorio per gli addetti alla preparazione ed al commercio delle sostanze alimentari è stato ampliato ed integrato da diverse ricerche (Wassermann, radiologia, esame odontojatrico) ed esteso anche ai privati che lo desiderano e che possono averlo con modica spesa. Lo stesso Istituto, che è una sezione della Direzione di Sanità, si occupa anche del certificato medico prenuziale. L'opera fattiva e lungimirante è veramente encomiabile. *fil.*

Wiener Archiv f. innere Medizin. Vol. 23, fasc. 3, 100 pag., con 33 fig. Urban e Schwarzenberg, Wien, 1933. Prezzo RM. 15.

Questo fascicolo che completa il 23° volume contiene i seguenti lavori: Comportamento dei rumori cardiaci sotto l'azione del nitrito d'amile (H. Kahler). Un caso raro di aneurisma aortico (R. Kienbock e K. Weiss). Il galattosio per via endovenosa nella prova funzionale del fegato (M. Budak). L'occlusione delle coronarie (E. Somlò). Prova combinata di funzionalità epatica e renale mediante il galattosio (L. Meczner). Il significato delle modificazioni coronariche nell'elettrocardiogramma (E. Flaum). Doppio rumore cardiaco nell'insufficienza aortica (A. Sachs). La motilità intestinale nel ciclo normale della donna (G. Halter e R. Pape). Angina pectoris e tachicardia parossistica (M. Burak e D. Scherf). *fil.*

SOCIETÀ INTERNAZIONALE DI MICROBIOLOGIA - SEZIONE ITALIANA. *Atti del IV Congresso Nazionale di Microbiologia*. Milano, 3-4-5 ottobre 1932-X. Un vol. in-8° gr. di p. 409 con tavole fuori testo. Milano, a cura dell'Istituto Scient. Mil., 1932. Prezzo L. 40.

Questo volume, la cui pubblicazione è stata resa possibile dal mecenatismo dell'Istituto Sieroterapico Milanese, contiene le relazioni e comunicazioni integrali tenute all'importante convegno. Riguardano la dissociazione batterica, i gruppi sanguigni in rapporto alla costituzione fisica, i microbi del terreno, le encefalopatie post-vacciniche, il virus poliomielitico, l'immunità locale, ecc.; sono riportate anche tre conferenze (di Sachs sulla sierodiagnosi della sifilide; di Neuberg sui fermenti cellulari degli idrocarbonati; di Ramon sull'immunità antitossica).

L. V.

DISCUSSIONI IMPORTANTI

Sulla patogenesi della nefrite con riguardo alla sua cura.

Argomento questo sempre di attualità e causa di appassionate discussioni fra i medici di tutto il mondo. Se ne è parlato anche recentemente nella Sezione di Medicina della « Royal Society of Medicine » (*Proc. of R. Soc. of Med.*, gennaio 1933). L'occasione è stata porta da una comunicazione di L. V. de Wesselow, il quale, dopo aver ricordato come delle nefriti sia stata studiata molto più accuratamente l'anatomia patologica che non l'etiopatogenesi, riferisce su alcune sue ricerche tendenti a portare un contributo alla chiarificazione dell'interessante problema.

L'A., riferendosi alle glomerulonefriti acute o croniche e alle focali, escludendo le nefrosi e le forme vascolari, crede di essere nel giusto affermando che tali nefriti sono esito di una infezione esistente o esistita in una qualsiasi parte del corpo: il più frequentemente nelle vie respiratorie, ma anche nella cute, sottocutaneo, denti, polmoni. Ammessa quale causa l'infezione, varie questioni si prospettano, alle quali solo ulteriori ricerche daranno un giorno una soluzione.

In primo luogo: quali microrganismi sono capaci di dare una nefrite? La ipotesi più accettata è che sia in campo il più comunemente uno streptococco. Tutti conoscono la nefrite da eresipela, da setticemia streptococcica e da scarlattina, di origine molto probabilmente streptococcica anche questa. Ma per le nefriti più comuni, quelle cioè che seguono ad una banale angina, non esistono dati dimostrativi che l'agente causale sia realmente uno streptococco. È perciò che l'A., insieme con Chiesman e Derry, sta praticando una serie di ricerche partendo dall'osservazione clinica e batteriologica di casi di tonsillite e seguendo tali casi per venti giorni con un esame quotidiano delle urine e della pressione sanguigna.

Il numero dei casi studiati, è di 134: 49 casi nei mesi di luglio e agosto, 51 casi in settembre, 34 in ottobre. Una grave infezione con strept. emolitico fu riscontrata nel 12 % dei pazienti del primo gruppo, nel 26 % del secondo, nel 35 % del terzo, in proporzione cioè crescente. Per quanto riguarda l'albuminuria, era esclusa l'albuminuria « febbrile », considerando soltanto quella intervenuta o perdurante dopo il 12° giorno. Il numero di casi che presentava forte albuminuria era del 6 % per il primo gruppo, del 16 % per il secondo, del 28 % per il terzo.

Anche la percentuale dell'albuminuria risultava quindi gradualmente crescente. Dei pazienti con forte albuminuria però solo il 29 % risultava essere stato affetto da grave infezione con str. emolitico: ciò starebbe a mostrare come questo streptococco non abbia importanza esclusiva nella genesi della nefrite post-anginosa. Ma anche altri punti interessanti sono venuti in luce dalle ricerche degli AA.: la mancanza, per es., in questi casi di forti albuminurie, di segni clinici evidenti quali l'edema o una ematuria macroscopica: tali casi sarebbero certamente passati inosservati senza l'esama di *routine* delle urine: è probabilmente in questo largo gruppo di malati che bisogna far rientrare quei casi di glomerulo-nefrite cronica in cui manca nella storia un attacco nefritico acuto.

Seconda questione da chiarire: che è che determina lo sviluppo di una lesione renale in un determinato organismo? Se noi escludiamo l'azione specifica di un dato microrganismo, il fattore a cui più che agli altri si può attribuire una influenza predisponente è sicuramente il freddo. Ogni pratico ha visto casi di nefrite legati direttamente a perfrigerazione: ma tali fatti isolati non hanno valore dimostrativo. Anche sperimentalmente vari AA. hanno ottenuto lesioni renali mediante immersione prolungata in acqua fredda di animali: essi attribuiscono tali lesioni ad ischemia locale prolungata. Nella cosidetta *nefrite da trincea* la diretta relazione fra la frequenza della malattia e la curva della temperatura era impressionante.

Il freddo è dunque causa predisponente di capitale importanza. Ciò ci porta a considerare la maniera con cui la lesione renale si produce. È noto che nei casi acuti i capillari glomerulari sono vuoti di sangue: tale ischemia glomerulare, notata da molti AA., pare che sia la caratteristica essenziale della malattia. La causa di essa è discussa. Fahr crede che essa sia causata da un rigonfiamento degli endoteli dei capillari glomerulari, una capillarite cioè; Volhard invece la considera quale risultato di una costrizione attiva dei vasi afferenti. Quest'ultima opinione è appoggiata da molti dati: dal fatto, per es., che i capillari glomerulari si iniettano facilmente *post mortem*, dal fatto anche che la vasocostrizione generale precede l'aumentata permeabilità della parete capillare danneggiata. Se noi accettiamo questa ipotesi di Volhard, l'effetto del freddo sul rene si spiega facilmente: ed anche il rapido ristabilirsi della diuresi e la scomparsa dell'albuminuria nei casi tendenti alla guarigione si spiega meglio ammettendo la cessazione dello spasmo vascolare che non con l'ammettere un rapido risolversi dello stato degenerativo della parete capillare. Se vogliamo andare oltre nella spiegazione della patogenesi troveremo difficoltà non indifferenti: in primo luogo quella di stabilire quale sia la causa della vasocostrizione generalizzata: sinora non si è riusciti a dimostrare la presenza, nel sangue di questi pazienti, di nessuna sostanza ipertensiva; nè a spiegare il perchè fra l'infezione causale e lo sviluppo dei sintomi di nefrite esista un periodo di latenza: per quanto l'allergia sia stata invocata nella spiegazione del fenomeno.

La *prognosi* della forma acuta è veramente favorevole. Secondo Addis, il 75 % dei casi guariscono entro il primo anno e altri 20 % entro i due anni. Quando l'albuminuria persiste dopo due anni la lesione è irreparabile. Questi ultimi casi hanno varia evoluzione: alcuni vengono a morte in pochi mesi, altri invece assumono un andamento cronico con albuminuria, ipertensione ed insufficienza renale persistente ed edema intermittente; altri ancora, ed è il gruppo più numeroso, mostrano persistentemente albuminuria e cilindruria senza però nè edemi, nè alterazioni vascolari nè segni evidenti di insufficienza renale. In questi ultimi casi la prognosi è pressochè impossibile, ma è noto come essi possano sopravvivere 40 o 50 anni prima che sopravvenga l'insufficienza renale finale.

Per quanto riguarda il trattamento dello stato morboso, grande importanza ha la *prevenzione* di esso: a questo proposito è opportuno ricordare come, mentre per la scarlattina il medico pratico si affretta, e giustamente, a far praticare ripetuti esami delle urine, non altrettanto avviene per le tonsilliti: ed è male: quante nefriti postanginose decorrono senza che nè il paziente nè il medico se ne accorgano! Eppure è dimostrato che quanto più precocemente la malattia è curata, tanto più facilmente essa guarisce, bastando anche il semplice riposo a letto e la difesa dal freddo.

Oltre la prevenzione, la questione principale nella cura della nefrite è il trattamento del focolaio infettivo primitivo, se questo esiste. In molti casi esso non può essere riconosciuto; in altri il focolaio è già guarito mentre persiste la lesione renale, che può anche progredire: ciò avviene specialmente nelle nefriti esito di celluliti streptococciche o di erisipela. Ma nei casi in cui un focolaio ben definito può essere messo in evidenza, ogni recrudescenza del quale porta ad una esacerbazione della sintomatologia renale, non bisogna esitare nell'aggredirlo. Prendendo ad esempio il focolaio di sepsi più comune, le tonsille, due sono le vie da seguire: o la rimozione durante il periodo acuto, procedimento non consigliabile, per quanto sia stato spesso praticato con successo senza aggravamento della sintomatologia renale, oppure, molto meglio, la rimozione durante il periodo di quiescenza dei sintomi acuti. I risultati dell'intervento sono molto più benefici nei casi di infezione cronica delle tonsille che non in quelli in cui una sola infezione acuta è stata soddisfacentemente superata.

Il problema delle glomerulo-nefriti a tipo subacuto e cronico è molto più difficile: in questi pazienti si può assistere ad una insufficienza renale progressiva; senza peraltro che siano dimostrabili i focolai infettivi cronici e senza che l'infezione acuta primitiva si sia ripresentata. Siamo in questi casi di fronte ad una ischemia di origine endoarteritica; un numero sempre maggiore di glomeruli subisce alterazioni necrotiche e il tessuto interstiziale prolifera: non è più la vasocostrizione funzionale, ma sono lesioni vascolari che portano, quale esito finale, al rene grinzo secondario. In presenza di alterazioni anatomiche di tale natura è logico che poco beneficio dobbiamo aspettarci dalla rimozione di focolai settici: possiamo al massimo riprometterci di prevenire il riprodursi della forma acuta primitiva.

Fin qui il de Wesselow. Alla comunicazione seguì un'ampia discussione. W. Cramer ricorda le proprie esperienze nelle quali egli aveva ottenuto nei ratti alterazioni degenerative diffuse a tipo nefritico dei glomeruli mediante una dieta priva per quanto possibile dei sali di magnesio. Questa azione specifica dei sali di magnesio sul rene potrebbe essere sfruttata nella cura delle nefriti: essa ha dato buoni risultati a Blacksan e Mekhann che l'avevano già applicata più o meno empiricamente.

A. Ellis approva in gran parte le idee dell'A. e si sofferma su alcune particolarità della cura della nefrite. Riferisce i buoni risultati ottenuti col metodo di Volhard del digiuno iniziale con diminuzione dei liquidi, e conferma che in molti casi di nefrite acuta grave l'attenzione deve essere più diretta ai disturbi cardiovascolari che a quelli renali.

La cura consiste in riposo, salasso e se si presenta un'insufficienza acuta di cuore, iniezione endovenosa di strofanto, e digitale.

Il trattamento della « encefalopatia ipertensiva » o pseudo eclampsia o uremia acuta, che si accompagna a cefalea, paralisi transitorie, amaurosi ed edema papillare, può essere efficacemente combattuto mediante il salasso e in un secondo tempo, con la puntura lombare. Anche le fleboclisi con soluzioni saline ipertoniche sono indicate, specialmente nei casi persistenti. Per calmare il malato, qualche sedativo. Il riposo in letto è obbligatorio nella nefrite acuta.

R. H. Paramore è contrario all'opinione che la nefrite abbia origine infettiva. Ricorda i tentativi di decapsulazione nei casi più gravi.

In ultimo K. Tallermann, riferendosi alla cura della nefrite e dell'uricemia con solfato di magnesio, ricorda come questa sostanza agisca probabilmente diminuendo la pressione del *liquor* c.-r. G. LA CAVA.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Lombarda di Medicina.

Seduta del 26 aprile 1933.

Sulla possibilità di diagnosticare la coronarite basandosi sul reperto elettrocardiografico.

R. SEGRE. — L'O. riporta le recenti osservazioni elettrocardiografiche, in base alle quali sarebbe possibile avere dei reperti caratteristici delle coronariti, reperti caratterizzati dell'inversione dell'onda T in D' ed in D'', dall'apparizione dell'onda Q in D'', e sopratutto dall'incurvamento del tratto S-T. Riporta tre casi osservati nella Clinica Medica di Milano, in cui malgrado la presenza di queste alterazioni elettrocardiografiche, la diagnosi clinica di coronarite non venne potuta affacciare. In un caso anche il controllo anatomico escluse qualsiasi alterazione delle coronarie. Conclude affermando, d'accordo con Pezzi e Papp, che pure essendo il tracciato elettrocardiografico un magnifico sussidio alle indagini cliniche la diagnosi si può solamente stabilire quando tutti i sintomi clinici siano concordi.

Sindrome pseudo-uremica da ipertensione arteriosa angiospastica con ipertensione endocranica.

E. GREPPI. — Una donna, già affetta da nefrosi lipoidea con anasarca, portata a guarigione clinica completa con cura tiroidinica e diuretica, dopo due anni presenta una sindrome d'ipertensione arteriosa elevata (250/170) con quadro nervoso e generale di tipo « uremico », però dissociato da ogni indizio di ritenzione azotata (valori bassi di urea, di indacano e della reazione xantoproteica del sangue). Il complesso nervoso si poteva in parte ricondurre alla coesistenza — sul fondo angiospastico arteriolare — di un certo grado di ipertensione endocranica con idrocefalo di tipo « vasomotorio »: il trattamento sistematico contro questo fattore, condotto con mezzi diretti ed indiretti (rachicentesi, soluzione ipertonica di glucosio endovena, eufillina, luminal) ha chiaramente influito sul quadro sintomatico e funzionale così come sulla pressione arteriosa.

L'O. espone alcune considerazioni sul decorso insolito della malattia renale e generale nelle sue due fasi, e sull'opportunità della lotta sistematica contro il momento angiospastico e la componente endocranica con esso collegata da intimi, reciproci rapporti.

Sulle modalità involutive dei processi ulcerativi gastroduodenali nel quadro radiologico e su alcune moderne vedute di fisiopatologia delle ulcere.

V. DALL'ACQUA. — L'O. illustra tre casi di ulcera gastro-duodenale guariti con scomparsa della nicchia ed apparente restitutio ad integrum della parte in seguito a trattamento dietetico bismutico, con le modalità seguite nella Scuola del prof. Zoja. Uno di questi casi è particolarmente interessante perchè in esso è stato possibile seguire, in rilievi radiologici eseguiti a 15 giorni di distanza, il graduale rimpicciolimento della nicchia sino alla sua scomparsa. A conoscenza dell'O. una dimostrazione così suggestiva di guarigione di un'ulcera non era ancora stata data.

Che la scomparsa della nicchia significhi però in ogni caso guarigione dell'ulcera non è l'avviso dell'oratore che enumera tutte le circostanze che si oppongono alla visibilità radiologica di un cratere ulceroso. Particolarmente insiste sui fenomeni spastico infiammatori che interessano i distretti periulcerosi, in forza dei quali l'orifizio dell'ulcera può venire temporaneamente chiuso. Enumera da ultimo i principali quadri di deformazione gastrica e duodenale che si formano in seguito ai processi involutivi delle ulcere localizzate in queste sedi. Conchiude sull'opportunità, quando dette gravi deformazioni gastro-duodenali si siano stabilizzate, di passare l'ammalato al chirurgo.

Il Segretario: dott. R. SCOTTI DOUGLAS.

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 24 marzo 1933.

Presidente: Prof. VANZETTI.

Prof. LUGARO. — *Non esistono fibre centrifughe mieliniche nelle radici posteriori.*

Proposta di un artifizio di tecnica idoneo a mantenere il decorso della terzana alla malaria di inoculazione.

Prof. C. GORIA. — Prelevare il sangue durante il periodo dell'apiressia; defibrinarlo, al plasma aggiungere goccia a goccia ed agitando, cc. 0,20 di una soluzione di cianuro di mercurio preparata in siero fisiologico all'1 per mille. Si inietta il plasma così trattato in dose di uno, due cc. endovena. Ad ogni passaggio ripetere il trattamento del plasma nel modo anzidetto perchè altrimenti l'infezione tenderebbe ancora a svilupparsi con decorso febbrile quotidiano. L'O. sta esperimentando l'uso delle iniezioni endovenose di cianuro di mercurio per attenuare l'intensità degli accessi febbrili della malaria inoculata.

Con tali procedimenti l'inoculazione malarica diviene praticabile anche ai malati meno resistenti e si evitano i pericoli dovuti allo sviluppo degli accessi febbrili quotidiani e di quelli troppo violenti.

Seduta del 25 marzo 1933.

Presidente: Prof. O. UFFREDUZZI.

Dott. G. GIORDANENGO. — *Calcolosi in idronefrosi da vaso anomalo.*

Dott. G. GIORDANENGO. — *Idropionefrosi calcolosa gigante senza sintomi urinari.*

Dott. PACHNER. — *Distacco anteriore del menisco laterale per trauma motociclistico diretto con frattura del condilo femorale esterno destro.*

Dott. BUISSON. — *Su di alcuni casi di emorragie gastro-intestinali di origine criptogenetica.*

Dott. G. MARTINOTTI. — *Reperti radiologici e reperti chirurgici degli stadi di sviluppo dell'ulcera duodenale.*

Pseudoartrosi di ossa lunghe trattate operatoriamente.

Prof. BANGLESIO e Dott. A. BRUNI. — In 15 casi i metodi usati furono vari a seconda delle condizioni della lesione: sutura metallica, trapianto autoplastico, infibulazione, semplice affrontamento dei monconi. La consolidazione, esclusi i ma-

lati ancora in cura, si ebbe in tutti i casi in un periodo da 2-6 mesi. In due operati si ebbe tuttavia una inflessione tardiva che soltanto in un malato potè essere corretta.

Seduta del 31 marzo 1933.

Presidente: Prof. VANZETTI.

Le iniezioni endovenose di solfato di atropina contro i dolori tabici.

Prof. G. ROASENDA e Dott. GARETTO. — In venti tabici con dolori, facendo iniezioni di solfato di atropina in serie di 10-12, le prime in giorni consecutivi, le altre a giorni alterni e con dosi di atropina 1/2 ad 1 1/2 - 2 mmgr. ottennero risultati buoni in due terzi dei casi, ed ebbero vantaggi notevoli anche negli altri all'infuori di due. Gli OO. non possono dire fin d'ora quando persistano gli effetti di tale cura: qualche a. non ebbe più dolori da parecchi mesi; altri ne presentarono ancora dopo qualche tempo, ma essi furono domati di nuovo facilmente con qualche iniezione di atropina solf.

Ricerce sulla interruzione sperimentale della sindrome catatonica.

Dottori MASPES e VISINTINI. — Gli OO. ritengono che l'azione dell'émytal si abbia per dosi piccole, le quali hanno un effetto eccitante; per questo essi hanno ottenuto la scatatonizzazione con le loro piccole dosi, mentre gli altri ricercatori l'hanno vista solo durante eliminazione di forti dosi.

Prof. A. M. DOGLIOTTI. — *Esperienze di arricchimento ed omogenizzazione nella distribuzione delle fibre nervose in rigenerazione dopo neurotomia.*

VILLATA.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 10 febbraio 1933.

Presidente: Prof. MARIO TRUFFI.

Sul concetto generale di flogosi desunto da criteri anatomo-istologici.

Prof. G. ZANETTI. — L'O. richiamandosi a quanto ha esposto in due precedenti lavori sull'argomento mette in evidenza il valore dello studio causale secondo lo schema da lui proposto; coordina i reperti tra loro discordanti e sostiene che se la rivelazione della flogosi venne fatta finora in base ai dati precipui della essudazione e di alcune modificazioni locali degli elementi proprii del tessuto in un più moderno indirizzo di ricerca non si possono trascurare da un lato nuovi dati formali e dall'altro gli studi sulla correlazione etiologica.

Prof. A. FRANCESCON e dott. CALDESI-VALERI. — *Studio istochimico della pigmentogenesi in vitro.*

Prof. A. CHIATELLINO. — *Comportamento del glicogene epatico in alcune forme di flogosi.*

Dott. FILIPPI. — *Un caso di ritenzione urinaria da ascessi prostatici guarito mediante incisione diatermica della raccolta per via endoscopica.*

Seduta del 31 marzo 1933.

Presidente: Prof. MARIO TRUFFI.

Prof. G. GUERRINI. — *Dell'influenza delle luci monocromatiche sull'azione emolitica della clorofilla « in vivo ».*

Prof. FRANCESCON e ZAMBELLI. — *Primi risultati di coltivazione in vitro di ghiandola mammaria di adulto.*

Ricerche ed osservazioni sulla ipercolesterinemia ormonica sperimentale.

Prof. E. MAURIZIO e Dott. E. NARDELLI. — Gli OO. hanno esperimentato una nuova prova biologica della gravidanza denominata « ipercolesterinemia ormonale » basata sull'aumentato tasso di colesterina nel sangue dell'animale in seguito a iniezione di urina di gravida. La nuova reazione presenta dei vantaggi sulla Aschheim-Zondek perchè più rapida e più sicura. Gli OO. ritengono la prova positiva quando si ottiene un aumento del 30 % di colesterina, se il valore colesterinico del sangue è inferiore a 0,35 % e, con valori superiori al 0,35 %, la ritengono positiva quando vi è un aumento del 20 %. Ulteriori osservazioni potranno semplificare e meglio precisare il valore della prova.

Variazioni della viscosità del sangue in seguito a introduzione di sostanze anticoagulanti e di sospensioni.

Dott. L. ROBUSCHI. — L'O. constata che per opera di una sostanza anticoagulante (novirudina) si ottiene un aumento della viscosità del plasma; l'introduzione endovenosa di una sospensione produce invece un abbassamento della viscosità. L'introduzione di ambedue le sostanze non provoca diminuzione ma aumento della viscosità stessa.

Dott. V. MAGRI. — *Dell'impiego della sintesi naftolo-dimetilparafenilendiammina per la colorazione di alcune specie di grassi.*

Il Segretario.

Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Seduta del 31 marzo 1933.

Presidente: Prof. M. PINCHERLE.

Le malefatte della colecistectomia in comparazione dei benefici della colecistendesi.

B. SCHIASSI. — Rileva che da vari AA. sono segnalati gli esiti troppo spesso sfavorevoli della colecistectomia nei riguardi della successiva funzione della escrezione biliare, che per tale operazione viene gravemente sconvolta ed è causa delle sofferenze di quei 58 % *dolenti* cistectomizzati che H. Buch ha raccolto nella sua statistica. L'O. ricorda come da lunghi anni abbia pensato che il favore concesso alla cistectomia fosse eccessivo e più volte ha messo innanzi i pregi della *cistendesi* (Congr. Soc. Chirurg. Roma, 1908), vecchio intervento eseguito per la prima volta dal Loreta in Bologna, secondo il quale, liberata la vescicola del suo contenuto, la si richiude e la si abbandona libera in cavità. Con tutto ciò il dire dell'O. non significa proscrizione della cistectomia, che riconosce proficua quando *sia indicata*, cioè solo quando le funzioni di ricetto, di concentrazione e di emissione della bile siano venute meno.

L'O. crede del resto che quando le pareti della vescicola siano modicamente ingrossate, la sierosa pallida ma levigata, il contenuto evidentemente infetto, la mucosa con qualche ulcerazione, allora sia da prescegliere la stomia con drenaggio per 15 giorni col tubo De-Pezzer. Quando poi la vescicola si rinvenga a pareti poco o niente alterate, a contenuto solo probabilmente infetto e mucosa umida non ulcerata o con ulcerazioni superficiali, qui l'operazione di elezione sia la cistendesi. Parecchi colleghi che condividono queste idee da A. Biancheri a D. Ducci, da Dialti a Marchesini, da A. Franchini e L. Cappelli a G. Tonnini, si attengono a questo modo di operare così che la loro statistica raggiunge i 117 casi; con quelli personali dello Schiassi poi si hanno 314 operati tutti beneficiati della cistendesi.

L'O. ammette la superiorità della endesi dal punto di vista particolare fisio-patologico delle vie biliari in confronto della ectomia e nota che la endesi è un'operazione « sicura », a meno che il chirurgo non commetta errori grossolani di tecnica e di indicazione: si tratta di un'operazione che non è sentita dal soggetto più di una semplice laparatomia esplorativa.

Intervengono in sede di discussione i proff. G. G. PALMIERI, Z. ROMITI e on. R. PAOLUCCI: il primo facendo rilevare il contributo dell'esame radiologico nei riguardi delle indicazioni circa l'intervento operatorio sulla colecisti, gli altri OO. ritenendo che le indicazioni della colecistendesi siano molto limitate in confronto di quelle della ectomia che si rende necessaria nella maggior parte dei casi ed a cui per lo più non sono imputabili le sofferenze successive all'operazione.

Risponde agli OO. il prof. SCHIASSI.

La cinematografia didattica nel campo della medicina con particolare riguardo all'ostetricia ed alla ginecologia.

PENSA PASQUALE. — L'O. presenta due interessanti films, l'una riproducente un intervento ostetrico (applicazione di forcipe), l'altra una isterectomia per via laparatomica, girate nella Clinica ostetrico-ginecologica di Bologna.

Il Segretario: Prof. P. BENEDETTI.

Accademia Pugliese di Scienze.

Presidenza: Prof. PAOLO GAIFAMI.

Prof. G. CECCARELLI. — *Un raro tumore del rene.*

Neurinoma dello stomaco.

Prof. M. RONZINI. — Tratta dei neurinoma gastrici in rapporto a tutti gli altri tumori benigni dello stomaco sinora comparsi nella letteratura e rileva come il loro numero, dall'epoca del primo caso descritto dal Pirquet dal 1922, vada gradatamente aumentando sino a raggiungere la cifra di 11 casi pubblicati nel 1932 pari al 30,55 % di tutti i tumori gastrici benigni dello stesso anno. Illustra con proiezioni e presentazione del pezzo un caso personale di neurinoma peduncolato esogastrico che è il primo sinora comparso nella letteratura italiana.

Sulla lipidemia fetale.

Prof. M. CETRONI. — L'O. ha studiato la lipidemia nel sangue di 50 feti dal IV al IX mese di vita endouterina confrontandola con quella della madre.

La colesterina, gli eteri colesterinici, i fosfatidi e i saponi sono, a termine di gravidanza in quantità notevolmente inferiore nel sangue fetale che non nel sangue materno. Lo stesso rapporto si ha anche nei mesi precedenti per quanto il distacco sia più lieve. Tutte le frazioni lipidiche aumentano progressivamente con l'accrescimento del feto.

Non è stato rilevato parallelismo fra le variazioni delle diverse frazioni lipidiche tra madre e feto, sia nelle medie progressive che nei singoli casi.

Sembrerebbe quindi che non vi sia alcun rapporto tra il metabolismo dei grassi della madre e del feto e se nella madre possiamo parlare di un metabolismo esaltato, per il feto potremmo dire che il ricambio dei grassi è proporzionale al suo sviluppo, sia in rapporto all'età sia in rapporto al pasto.

Lipidemia e gravidanza.

Dott. SANNICANDRO. — Ha studiato la lipidemia gravidica col metodo Bang-Condorelli con quale è possibile il dosaggio comparativo delle cinque frazioni lipidiche sanguigne attualmente più note: colesterina, eteri colesterinici, fosfatidi, grassi neutri e saponi.

I risultati portano a concludere che esiste in gravidanza una netta ipereterocolesterinemia ed una spiccata iperlecitinemia.

Sebbene di gran lunga minore e in proporzione decrescente, lievi aumenti si riscontrano nei tumori della colesterina libera, dei saponi e dei grassi neutri.

Dott F. CHIANCONE. — *Azione della creatina sul miocardio.*

L'esame oculare nella diagnosi dei tumori sellari.

Proff. SANTONASTASO e DEL BUONO. — L'O. illustra un caso di sindrome chiasmatica col decorso tipico per quanto riguarda la variabilità del visus e del campo visivo descritto da molti autori italiani per i tumori sellari.

Invece la radiografia, a parte una lieve decalcificazione della lamina quadrilatera, non faceva rilevore apprezzabili modificazioni della sella turcica.

Dopo aver fatto un cenno dei caratteri differenziali per i tumori suprasellari, parasellari e intrasellari descritti in questi ultimi tempi dai vari autori, l'O. non ritiene si possa escludere un'affezione intrasellare per la cui natura l'ulteriore osservazione potrà portare un notevole contributo di chiarimento.

Brucellosi da paramelitense nella provincia di Bari.

Dott. S. LIDDO. — A titolo di contributo alla conoscenza della geografia medica della Provincia di Bari, segnala in Andria nell'uomo e negli animali (capre) con perfetta corrispondenza epidemiologica, l'esistenza della brucellosi paramelitense. A motivo del notevole potere antigene naturale che ha la paramelitense come risultano dal reperto, sia nell'uomo che negli animali l'O. si domanda se non sia ancora prematuro considerare la brucellosi paramelitense come variante « R. » della br. Melitense e se non sia piuttosto più esatto il concetto di considerarla come un'entità biologica autonoma.

Il Segretario: prof. DONATO GARGASOLE.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Chilangioma cistico multiloculare dell'intestino tenue.

H. F. Harbitz (*Acta Chirurg. Scandinavica*, f. I, vol. LXX) riferisce un caso di linfangioma chiloso e multiloculare cistico in un ragazzo di cinque anni. Il p. aveva avuto in precedenza dolori addominali a tipo colico, di breve durata; mai vomito o chiusura dell'alvo: entrò all'ospedale per dolori diffusi all'addome, che calmatisi la notte si ripresentarono il giorno dopo; alvo chiuso, afebbrile, polso 136.

Addome meteorico, teso, si palpa a destra una tumefazione; si pensa ad una invaginazione e si tenta una riduzione in narcosi; si apprezza in tal modo un tumore a forma diversa da quella attesa; un clistere provoca l'emissione di scarsa quantità di feci e di gas.

Si pratica allora laparatomia e si trova scarsa quantità di liquido libero all'addome ed una cisti plurilobata, a pareti sottili, a contenuto chiloso che strozzava l'intestino tenue: si asporta il tumore e l'ansa che attorniava: guarigione. Il pezzo asportato ha fatto riconoscere due tipi di cisti a contenuto chiloso; le altre a contenuto chiaro e gelatinoso; mancava qualunque comunicazione con l'intestino, mentre le cisti comunicavano tra di loro attraverso il mesenterio.

Riguardata la letteratura l'A. è d'avviso che questo conglomerato di cisti situate a ridosso del tenue, sono rare e sono cisti del mesentere.

R. GRASSO.

Intossicazione saturnina e ulcera dello stomaco.

A. Peipers (*Deut. Med. Woch.*, 7, 1933), in base all'osservazione di un caso di ulcera duodenale, in soggetto sofferente di intossicazione cronica da piombo, ritiene che le manifestazioni gastro-intestinali che dipendono dall'azione del tossico non si limitano soltanto alle coliche e agli stati di spasmo permanente, ma possono estendersi anche allo stomaco e al duodeno, sotto forma di processi ulcerativi della mucosa; secondo l'A., l'intossicazione saturnina determinerebbe delle modificazioni locali di circolo, cui seguirebbe un perturbamento dell'equilibrio tra l'attività peptica del succo gastrico e i poteri antipeptici di difesa della mucosa intestinale e del sangue: di qui l'ulcera.

V. SERRA.

Contributo alla chirurgia del cancro del colon.

Kressin (*Br. Beit. z. Klin. Chir.*, 156, 1), riferisce su 76 casi di cancro del colon osservati nella clinica di Jena (dir. Guleke) dal 1920 al 1931.

Di tali casi il 40 % apparteneva al ceco e angolo epatico, 17 % al trasverso, 14 % al discendente e angolo splenico, 9 % al sigma. L'età dei pazienti era contenuta tra i 12 e i 75 anni, con un massimo di casi tra i 60 e i 70 anni. Si trattava di uomini nel 58 % dei casi, di donne nel 42 %, tale differenza era maggiore nei cancri del sigma dove su 22 casi si ebbero 16 uomini e 6 donne.

Su 41 casi (54 %) fu potuto eseguire un'operazione radicale. Per quanto riguarda la terapia l'A. distingue tre gruppi di casi:

1) malati in stato di occlusione;
2) malati non occlusi inoperabili;
3) malati non occlusi operabili radicalmente.

Nel primo gruppo, che riunisce il 25 % di tutti i casi, fu eseguita una colostomia, solo come operazione di necessità nei malati più gravi, quando già era intervenuta una peritonite: i 7 malati così trattati morirono tutti. Quando fu possibile per le condizioni generali e locali fu fatta una resezione in due tempi sembrando loro molto utile liberare quanto più presto possibile i malati del tumore: furono operati così 6 malati con 3 insuccessi.

Negli altri casi fu eseguita una enteroanastomosi: secondo l'A. è questa l'operazione di scelta nei casi di cancri complicati da ileo e non suscettibili di cura radicale.

La enteroanastomosi è il metodo da preferirsi, anche nei casi di cancri inoperabili senza ileo, alla colostomia perchè non disturba il paziente e dà i migliori risultati operatori; nella statistica dell'A. 44 % di mortalità p. colostomia, (su 9 casi), 0 % p. enteroanastomosi (su 7 casi).

Nel terzo gruppo di casi fu eseguita 30 volte la resezione in un solo tempo con una mortalità del 23 %, la resezione in due tempi in 2 casi entrambi con successo. Solo 2 malati furono trattati con la resezione in tre tempi, con buon esito. In complesso l'A. si mostra favorevole alla resezione in un tempo che dalla somma di casi e statistiche, si presenta, nei casi di cancro non complicati da ileo, con una mortalità un po' inferiore alla resezione in due tempi (28,5 % contro 31,1 %).

P. STEFANINI.

Il significato dell'anacidità dello stomaco e di una terapia sostitutiva efficiente.

Dopo avere ampiamente discusso la natura dell'acidità e il significato che le compete in medicina, v. Bergmann (*Deut. Med. Woch.*, 1° febbraio 1933) mette in evidenza i rapporti che legano clinicamente e terapeuticamente l'anacidità (achilia) con le diarree cosiddette gastrogene, con le stipsi, con le colangiti e con molte altre infezioni intestinali, e vanta l'utilità di una terapia sostitutiva con acido cloridrico, sistematicamente praticata. Egli critica l'uso, perfettamente inutile e contrario ai dettami della fisiologia, dell'acido cloridrico diluito e a piccole dosi, e delle acque minerali alcaline da tavola: invece raccomanda l'uso di bevande acide, tipo limonata, e di

piccole innocue dosi di alcool prima dei pasti, tra le medicine che meglio si prestano a codesta cura sostitutiva, l'Autore cita l'Acidolpepsina e il Paractol. V. SERRA.

NOTE DI TECNICA CHIRURGICA.

La somministrazione di glucosio e insulina nelle narcosi prolungate.

Uno degli ostacoli più gravi che si sono sempre presentati alle narcosi prolungate quale terapia di certe malattie mentali è che la narcosi provoca, dopo una certa durata, fenomeni tossici svariati fra i quali particolarmente spiccata è la chetosi.

Questi fenomeni sono tanto più gravi quanto più prolungata è la narcosi e quanto più elevata è la dose del narcotico somministrato.

I. H. Quastel e R. Ström-Olsen (*The Lancet*, 4 marzo 1933), riassumendo le più recenti ricerche sperimentali sull'argomento dimostrano che i narcotici hanno la proprietà specifica di inibire l'ossidazione di sostanze importanti nel ricambio dei carboidrati (glucosio, acido lattico) e tale inibizione avviene per un arresto della funzione dei centri deputati all'ossidazione di tali sostanze.

Gli autori hanno allora tentato su un gruppo di 20 malati, di associare alla somministrazione del narcotico, quella di insulina e glucosio (di solito essi hanno iniettato 20-30 D. U. di insulina e dato per via orale 100-150 gr. di glucosio al giorno, controllando frequentemente il tasso glicemico).

I risultati cui essi sono arrivati sono:

1) Nei malati in cui si era presentata chetonuria fin dall'inizio della narcosi, dopo la somministrazione di insulina e glucosio sono definitivamente scomparsi i corpi chetonici nelle urine.

2) Nei casi in cui si è iniziato contemporaneamente la somministrazione del narcotico, e di glucosio-insulina, non si sono avuti fenomeni tossici, nè è comparsa la chetonuria.

M. PONS.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulle cause dell'ipertrofia splenica nella cirrosi alcoolica.

H. Dufour (*Journ. de Méd. de Paris*, 24 novembre 1932), riporta una statistica di 44 casi di cirrosi, seguiti da controllo anatomico. Nel 36 % di questi casi la milza era di volume normale o più piccola della milza normale. È questa una nuova obiezione contro la teoria dell'ipertensione portale per spiegare la splenomegalia nella cirrosi: una semplice azione meccanica sarebbe più costante nei suoi effetti. La statistica dimostra d'altra parte che il volume della milza non dipende in alcun modo dal volume del fegato.

Quali sono allora i fattori etiologici della splenomegalia cirrotica? L'A. ritiene che sia razionale ricercare se nelle cirrosi alcooliche la splenomegalia non dipenda, per una gran parte, dalle infezioni associate all'intossicazione alcoolica, infezioni di cui l'influenza sul parenchima epatico, in corso di cirrosi, è ben stabilita e che agirebbero per conto proprio e direttamente sulla milza.

Nella cirrosi alcoolica del fegato, se vi è una infezione da incriminare come causa provocatrice della splenomegalia, questa è la sifilide. E le osservazioni dell'A. sembrano parlare in favore di questo modo di vedere.

Se dunque la splenomegalia delle cirrosi alcooliche è il risultato di una tossi-infezione acuta o cronica, banale o specifica, essa, quando non esiste contemporaneamente una malattia infettiva evidente, parla per l'associazione con la sifilide. C. TOSCANO.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Le complicazioni cardio-vascolari della tifoide e la digitale. — Al dott. E. S. da V.:

La digitale non è affatto controindicata nella febbre tifoide, in cui può essere usata al pari di altri cardiocinetici. La scelta è determinata, oltre che dalle particolari condizioni del singolo caso, anche dalle tendenze del curante.

Almeno inutile, invece, è la somministrazione della digitale come preventivo di possibili futuri disturbi cardiaci.

L'argomento della terapia dei disturbi circolatorii nel tifo è molto interessante per il medico pratico. Ritengo perciò utile riunire qui le indicazioni in proposito di varî autori abbastanza recenti. Si veda anche il lavoro di E. BASS (*Il trattamento dei disturbi di circolo nella tifoide ed in altre malattie infettive*) sunteggiato in *Policlinico*, Sez. Prat., 17 ottobre 1932, pag. 1624.

1) STRÜMPELL-SEYFARTH. *Lehrbuch der spezielle Pathologie und Therapie*. 30ª edizione. Vogel, Leipzig, 1930.

Quando la frequenza del polso è elevata, si incomincia con l'applicazione di una vescica di ghiaccio sulla regione cardiaca. Se il polso diventa piccolo e debole, si diano degli eccitanti (canfora, cardiazol, caffeina, vino forte). *Non usiamo affatto digitale nel tifo*. In caso di debolezza cardiaca improvvisa e grave (collasso), iniezioni di cardiazol, di caffeina, adrenalina. La sospensione della respirazione si tratta con affusioni fredde al dorso.

2) A. GOLDSCHEIDER. *Therapie innerer Krankheiten*. Springer, Berlin, 1931.

Nella debolezza cardiaca acuta nel decorso delle malattie infettive, è *raccomandabile l'iniezione endovenosa di* 1-3 *cmc. di preparati di digitale* (*digalen, digifolina, ecc.*) *continuata per parecchi giorni*, oltre a caffeina, canfora, stricnina, eventualmene con iniezione endovenosa di soluzione di glucosio.

3) TH. BRUGSCH. *Lehrbuch der inneren Medizin*. Urban e Schwarzenberg, Berlin, 1930.

Se compaiono disturbi di circolo (polso frequente, forte abbassamento della pressione), è

necessario il trattamento medicamentoso. Se vi è forte sonnolenza, si daranno caffeina (cg. 10-20, 4 volte al giorno) o stricnina (4 iniezioni giornaliere di 1 mg.). *Inoltre è necessaria una digitalizzazione continuata a lungo* (foglie titolate cg. 10, 3-4 volte al giorno); oppure la strofantina (mg. 0,5-0,7 endovena, 2-4 volte al dì).

Nei disturbi circolatorii acuti, iniezione di adrenalina. Se la debolezza cardiaca si ha come conseguenza di emorragia, iniezione endovenosa di soluzione fisiologica. *Nella convalescenza, l'abnorme frequenza del polso indica miocardite e consiglia lunga digitalizzazione.*

4) R. STAEHELIN in: *Lehrbuch der inneren Medizin* (di vari autori). Springer, Berlin, 1931.

Nel collasso, sono necessari i cardio- e vasotonici, che si daranno anche — a dosi più piccole — quando la cianosi, l'elevata frequenza del polso e le cattive caratteristiche del polso indicano una debolezza circolatoria pericolosa. Invece, *un trattamento continuativo con digitale non ha scopo.* Così pure è inutile l'uso di tali medicamenti nello stadio della caduta della temperatura e nella convalescenza.

5) WALTHERHOFER in: *Lexikon der gesamten Therapie.* Urban e Schwarzenberg, Berlin, 1924.

Non è necessario l'uso preventivo, fin dall'inizio di preparati di digitale. I disturbi circolatori incipienti vanno anzitutto trattati con alcoolici, digitale (5 cg. 3-4 volte al dì, in polvere o pillole) o digipuratum (5-8 gocce, 3 volte al dì). Se la debolezza circolatoria aumenta, iniezioni di caffeina e canfora. *Nel collasso acuto,* caffè o tè forte, brodo caldo, cataplasmi senapati, frizioni della cute con etere, iniezioni endomuscolari di adrenalina od *endovenose di digipuratum* o strofantina.

6) A. LUGER in: *Die Therapie an den Wiener Klinik.* F. Deuticke, Leipzig u. Wien, 1930.

Se compaiono disturbi dell'apparato cardiovascolare, si somministrerà anzitutto olio canforato ad alte dosi, eventualmente il cardiazol e preparati analoghi. *Nelle lesioni miocardiche che si manifestano già precocemente, se esistono vizi valvolari, sono anzitutto raccomandabili le piccole dosi di digitale.* Nel collasso, strofantina endovena, eventualmente trattamento continuato con essa.

7) G. KLEMPERER e E. STEINITZ in: *Neue Deutsche Klinik.* Urban e Schwarzenberg, Berlin.

Il polso molle e relativamente debole del tifo non richiede nessun intervento. Se però la tensione e l'attività cardiaca cedono, sono consigliabili eccitanti e cardiotonici. Se la debolezza non è minacciosa, si useranno le piccole dosi, come nei pneumonici. Dosi piccolissime se vi è timore di enterorragie (caffeina cg. 10, canfora cg. 20). *Se la debolezza cardiaca si fa minacciosa,* usare la strofantina (1/2 a 3/4 di mg. al giorno, endovena), *oppure un energico preparato di digitale (digipuratum)* per iniezioni endomuscolari. Utile la stricnina (1 mg., 2-3 volte al dì). non dimenticare, in tutti i casi di debolezza cardiaca, la limitazione delle bevande.

8) CH. R. BOX in: *A Textbook of the Practice of Medicine.* Oxford University Press.

Strofanto e *digitale sono di valore dubbio.* Da preferirsi, stricnina, canfora; da alcuni è caldamente consigliato l'alcool; utile è anche l'adrenalina.

9) F. SHERMANN MEARA. *The Treatment of acute infectious diseases.* Macmillan Co. New York, 1916.

Una dieta sufficiente, l'aria pura e l'idroterapia sono molto utili per prevenire le complicazioni circolatorie. Nel caso che queste si manifestino, si daranno gli stimolanti.

Uno degli stimoli, l'abbiamo nell'acqua fresca (bagni), un altro nell'aria fresca, secca, libera; ma tutti i medicamenti classificati come stimolanti vaso-motori, sono di scarso aiuto; il loro effetto non è notevole e la loro azione di breve durata. *Personalmente, l'A. è molto favorevole alla serie della digitale, quando il miocardio non è affetto e tanto più se lo è. Dà 15 cmc. dell'infuso, 3 volte al giorno o 2 cmc. di tintura, 3 volte al giorno, per 3-4 giorni od anche più a lungo se il paziente è sotto sorveglianza, fino al miglioramento dei sintomi.*

Nei casi gravi, iniezioni endovenose od endomuscolari di strofantina (1/2 a 3/4 di mg.), incominciando contemporaneamente la digitale.

Se con la digitale non si hanno buoni risultati, ricorrere ai vasostimolanti, come la caffeina (sali solubili o salicilato doppio di sodio e caffeina a dosi di 35 cg. ogni 2-3 ore) o la canfora (olio canforato al 10-20 %, ogni 2-4 ore), alternata o non con la caffeina. L'A. ha poca fiducia nella stricnina, che viene raccomandata a dosi di 1-2 mg. ogni 3-4 ore.

Se compare il collasso, usare l'adrenalina per iniezioni endovenose od endomuscolari, seguìta da caffeina, canfora o strofantina.

Gli effetti dell'alcool sono discutibili e l'A. non lo usa affatto.

10) T. PONTANO. *Le malattie da infezione.* Idelson, Napoli, 1932.

Gli simolanti cardiaci (canfora, caffeina) sono assai utili ai tifosi quando la pressione arteriosa sia molto bassa ed il polso divenga piccolo, frequente; *la digitale,* lo strofanto, in tutti questi casi, *troveranno utili applicazioni.* La canfora, specialmente, sarà somministrata con ritmo sistematico se lo renderà necessario lo stato cardio-vascolare, ogni 3, ogni 6 ore; *la digitale per iniezioni od a goccce (digitalina).*

11) G. ZAGARI in: *Medicina interna.* Edizioni « Minerva medica », Torino, 1932.

Già fin dal principio molti si preoccupano della debolezza del cuore e dan di mano a car-

diocinetici; è una pratica da sconsigliarsi per molteplici, ovvie ragioni. Nel tifoso, non si osservano scompensi idraulici; possono insorgere tachicardia, polso piccolo, ipotensione pronunziata, dovuti ad ineccitabilità della fibra cardiaca in rapporto alla tossiemia; *non si modificano con la digitale*, strofantina ed altri cardiotonici, son peggiorati dalle iniezioni di stricnina (Stradiotti) e dalla canfora (Sabatini). Il tifoso trae vantaggio dall'azione tonica del chinino e dall'adrenalina, meglio per iniezioni, che agisce contro l'ipotensione da iposurrenalismo.

12) G. GOGLIA. *Guida pratica di terapia clinica.* II ediz. Idelson, 1932.

I cardiocinetici (*digitale*, strofanto) *sono indicati nel caso di notevole tachicardia.* Alla caffeina non ci si rivolgerà che per collasso cardiaco.

13) A. RUBINO. *Manuale di terapia clinica.* F. Vallardi, Milano, 1928.

A scongiurare il collasso cardiaco che può essere la conseguenza dell'indebolimento del cuore, non appena si manifestino i primi segni della menomata energia miocardica, è indispensabile rialzarla rapidamente con l'uso dei rimedi capaci di stimolare le forze del cuore, ricorrendo, nelle forme lievi, alle pozioni eccitanti e, nelle gravi, agli eccitanti dotati di azione più energica e rapida (etere, caffeina, canfora, stricnina, ecc.). Se, all'azione eccitante giovi associare una più diretta azione tonica e regolatrice, si ricorrerà alla digitale, all'adonis, allo strofanto ed agli altri cardiocinetici.

A. FILIPPINI.

VARIA.

Il veleno di ape nel trattamento delle sciatiche.

(M. ROCH. *Rev. Méd. de la Suisse Romande*, 25 febbr. 1933).

Dopo l'aspirina, il salicilato, il piramidone la diatermia, la revulsione, gli oppiacei, gli chocs proteinici, la jonizzazione cutanea ecc. (sono circa quaranta i metodi di cura della sciatica!) abbiamo ancora una nuova sostanza atta a combattere la dolorosa quanto tenace malattia. Veramente non del tutto nuovo questo metodo, ché l'azione terapeutica del veleno di imenottero era già conosciuta, insieme ai suoi effetti tossici, da molti anni. Ora però la sua entrata ufficiale nel regno dei medicamenti è stata suggellata dalla preparazione di una specialità, l'*Apicosan*, estratto di veleno di ape. L'azione di questa sostanza non pare sia da far rientrare nel gran mare della proteinoterapia, inquantochè essa agisce anche se totalmente privata della sua albumina. Il Roch dice di avere ottenuto buoni risultati in 10 casi di sciatica, in 2 di reumatismo cronico, in 2 di *lumbago*. Le iniezioni si praticano nel muscolo, nel tessuto cellulare sottocutaneo, o meglio nel derma dell'avambraccio o della regione malata. Per evitare fenomeni anafilattici procedere alla Besredka iniettando per la prima volta solo 1/10 di cmc.; si potrà in seguito aumentare le dosi praticando le iniezioni quotidianamente oppure ogni 3 o 4 giorni. Si avranno reazioni locali sotto forma di placche arrossate spesso pruriginose, reazioni generali raramente gravi con febbre e brividi e talvolta ancora reazioni focali nella sede dell'affezione. Queste ultime reazioni sono piuttosto di buon augurio per quanto concerne l'efficacia del trattamento.

Perrin e Cuenot consigliano, invece della iniezione con siringa del veleno, di catturare appositamente delle api e far sì che queste pungano la pelle del paziente. (Deve essere un bel supplizio!).

Due considerazioni vorremmo fare a proposito di questi nuovi strani metodi di cura, che di tanto in tanto trovano il loro quarto d'ora di fama, quali, per es. questo stesso metodo, quello di curare le osteomieliti con larve di mosche, ecc.: la prima, che i medici troppo spesso dimenticano il veramente saggio detto: *primum non nocere;* la seconda, che la medicina moderna tende oggi più che mai ad entrare nell'empirismo, ad impadronirsene ed a renderlo scientifico: ora l'empirismo è in massima parte psicoterapia: non è la sostanza in sè per sè che agisce beneficamente, ma è la forza di convinzione e di suggestione di chi la somministra. E questa forza, che è funzione della psiche, non potrà mai essere racchiusa in fialette sterilizzate.

G. LA CAVA.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

La Casa di riposo del medico.

L'on. prof. Eugenio Morelli ha rivolto ai medici d'Italia un nobile ed ispirato appello, perchè concorrano all'istituzione della Casa del medico.

È una rievocazione e l'assolvimento di una promessa.

La data del 24 maggio è stata opportunamente scelta per lanciare l'appello, perchè la Casa del medico ospiterà per primi i medici che parteciparono alla grande guerra, dando alla Patria tutta la loro passione, ad essa sacrificando l'avvenire.

I medici superstiti pensarono agli orfani dei colleghi morti in guerra, spetta ora ai giovani medici delle nuove generazioni assicurare un decoroso riposo ai colleghi che con la loro opera concorsero alla vittoria, alla grandezza della Patria.

Il progetto della Casa di riposo del medico è grandioso, degno dei nuovi tempi.

Essa sorgerà in Roma, nei pressi della piazza Forlanini.

Sarà collegata con una Casa di cura, il cui provento garantirà l'esercizio della Casa di riposo.

La doppia costruzione richiederà molto danaro, che deve essere dato dai medici.

Il Sindacato Nazionale Fascista dei Medici ha iniziata la sottoscrizione con l'offerta di un milione di lire.

Questa somma, però, non può costituire che un punto di partenza, una misura per quel che *tutti* devono dare.

Dovranno contribuire tutti in ragione della loro fortuna, senza lesine e senza diserzioni, perchè il successo dell'opera dovrà attestare all'Italia ed al mondo lo spirito di solidarietà che pervade la classe medica italiana, e l'efficienza costruttiva dell'organizzazione fascista.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUAVIVA (*Siena*). — Vedi MONTEPULCIANO.

AGRIGENTO. *Ammin. Prov.* — Scad. 23 giu.; assistente alla Sez. med.-microgr. del Laborat. prov. d'igiene e prof.; L. 9400 aumentabili a 11.500 in 3 quadrienni, oltre L. 700 serv. att. e c.-v.; età lim. 35 a. al 10 mag.; tassa L. 50.

ALESSANDRIA. *R. Prefettura.* — Scad. 31 lug., ore 17; uff. san. di Ovada; L. 6000 e 3 quadrienni di L. 800; riduz. Chiedere annunzio.

ALTAMURA (Vedi BARI).

ANCONA. *Ospedale Civile Umberto I.* — Fino alle ore diciotto del 20 luglio 1933 è aperto il concorso per titoli al posto di chirurgo primario dirigente di uno dei due riparti di chirurgia. Per la richiesta di informazioni e della copia del bando rivolgersi all'Ufficio di Amministrazione dell'Ospedale.

BAGNOLO PIEMONTE (*Cuneo*). — Scad. 25 giu., condotta med.; L. 8700 e 4 quinquenni dec. oltre L. 4000 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50. Servizio in altri Comuni o assistente d'Ospedale.

BARI. *R. Prefettura.* — Scad. 15 giug.; uff. san. e capo dell'Ufficio d'Igiene del Comune di Ruvo di Puglia; età lim. 45 a. al 20 apr.; doc. a 3 mesi dal 20 apr.

Scad. 5 lugl.; id. per Altamura; età lim. 45 a. al 9 magg.; doc. a 3 mesi dal 9 magg.

Per i due posti, titoli ed esami; stip. L. 12.000 e 5 quadrienni dec.; divieto libero esercizio. Chiedere annunzi.

BERGAMO. *Ammin. Prov.* — Scad. 15 lug.; assistenti nelle Sezioni med.-micrograf. e chim.; L. 10.000 e 10 scatti biennali di L. 450, oltre L. 2500 serv. att., 10 % proventi; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

CAPRAROLA (*Viterbo*). — Posto per la seconda condotta. Stipendio annuo L. 9500 ed assegni per cura poveri oltre i mille. Caro-viveri come altri impiegati. Scadenza 31 luglio 1933. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Comune.

CAPRINO BERGAMASCO (*Bergamo*). — Scad. 31 lug.; età lim. 40 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 25 apr.; stip. L. 6.500 e addizionali di L. 5 e di L. 2 per ciascun iscritto, duplice elenco; L. 500 per uff. san. fino a 2000 abit. e addizionale L. 0,10 per ogni abitante in più; L. 400 ambulat.; c.-v.

CASTELSARDO (*Sassari*). — Scad. 15 giu., ore 18; consorzio; per Tergu; L. 9240 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1584 uff. san. e L. 2200 cavalc.; retribuzioni già decurtate del 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi. Iscrizione P. N. F.

CHIETI. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami. Posto di ufficiale sanitario del Comune di Chieti. Stipendio annuo di L. 8000 con 5 aumenti quadriennali del decimo oltre alle indennità caroviveri pari a quella degli altri impiegati del Comune, il tutto decurtato del 12 % e delle ritenute di imposta e Cassa Previd. Sanitari. Le domande, in bollo da L. 3, insieme ai prescritti documenti, l'elenco dei quali con tutte le modalità dei medesimi (età, eccezioni, ecc.) possono desumersi dal bando di concorso del 22 maggio u. s., da richiedersi all'Ufficio del Medico Provinciale presso la R. Prefettura di Chieti, debbono pervenire al predetto Ufficio non oltre le ore diciotto del 20 luglio 1933.

CHIGIO (*Savona*). — Scad. 30 giu.; L. 9000; età lim. 40 a.

COLLIO (*Brescia*). — Scad. 25 giu.; L. 9000 oltre L. 3000 cavallo, L. 600 uff. san., alloggio gratuito; riduzione.

COMO. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Scad. 15 lug., ore 18; direttore del Consorzio; lire 21.000 e 3 trienni dec., oltre L. 3000 indenn. carica quale direttore del Dispensario; riduz. 12 %; nomina e conferme quinquennali; titoli ed esami; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 30 apr. Esercizio professionale limitato. Chied. annunzio.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Scad. 30 giu., ore 17; aiuto chirurgo; età lim. 35 a.; L. 7050 da decurtarsi

del 12 %, c.-v. e altre indennità regolamentari; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 20 mag. Nomina e conferma biennali. Per le altre condizioni chiedere annunzio alla Segreteria.

FOGGIA. *Amministr. Prov.* — Scad. 15 giu.; coadiutore e assistente nel Laborat. prov. d'Igiene e Profilassi, Sez. med.-microgr.; stipendi L. 14.000 e L. 12.000, oltre L. 1400 e L. 1200 serv. att.; titoli ed esami; età lim. 35 a. Rivolgersi Segreteria.

FROSINONE. *Amministraz. Prov.* — Scad. 30 giu.; coadiutore nella Sez. Med.-Micrograf. del Laborat. Prov. d'Igiene e Profilassi; L. 11.000 oltre 20 % serv. att., 10 bienni 5 %; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 25.

LECCO (*Como*). — Al 10 luglio, ore 18; medico comunale aggiunto; L. 9000 oltre L. 3000 trasp.; c.-v.; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 12 mag.; titoli ed esami (prove pratiche di clinica med. e di clinica pediatr., eventuali esami di laborat., due prove scritte, una prova orale). Chiedere annunzio.

LOZIO (*Brescia*). — Stipendio iniziale annuo lire 9000 lordo di tutte le imposte e ritenute di legge, con 6 ann. quinq. del decimo. Indennità annua L. 3000 per mezzo di trasp., L. 500 quale uff. sanit. e caro-viveri di legge. Scadenza 20 agosto 1933. Per altri chiarimenti circa i documenti, età, ecc., chiedere il bando di concorso alla Segreteria del Comune.

MONTEDORO (*Caltanissetta*). — A tutto il 14 lug.; con Bonpensiere; L. 14.000 oltre L. 1500 cavalc. e L. 500 uff. san.; decurtaz. 12 %; età lim. 40 a.

MONTEPULCIANO (*Siena*). — Per titoli. Posto di condotta medico-chirurgica per la frazione di Acquaviva. Stipendio L. 7500, otto aumenti triennali, indennità cavalcatura L. 3000 e caroviveri di legge; tutto da ridursi del 12 %. Scadenza diciotto agosto 1933. Richiedere avviso alla Segreteria comunale di Montepulciano.

NOVARA. *Amministrazione Provinciale.* — A tutto il 30 luglio 1933 è aperto il concorso per titoli scientifici e pratici per i seguenti posti presso l' Istituto Provinciale per l'Infanzia « Principi di Piemonte », in Novara: *a*) Direttore sanitario, stipendio annuo L. 15.000, più L. 2000 per indennità mezzo di trasporto; *b*) Assistente sanitario, stipendio annuo L. 8500 più L. 1000 per indennità mezzo di trasporto. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale di Novara.

PADOVA. *Ufficio d'Igiene del Comune.* — Scad. 30 giug.; ore 17; tre medici aggiunti; titoli ed esami, età lim. 22-40 a.; doc. non anter. al 29 feb.; iscriz. al P. N. F.; L. 12.000 oltre L. 1800 serv. eff., L. 450 trasf., c.-v.; chiedere annunzio. Rivolgersi all'Ufficio di Protocollo del Comune.

PAVIA. *Consorzio Provinc. Antituberc.* — Scad. 10 lug.; direttore del dispensario di Pavia; lire 11.000 oltre L. 2500 serv. att.
Scad. 15 lug.; direttori di 4 Sezioni; L. 8000 ciascuno, oltre L. 2000 serv. att.
Per i 5 posti età lim. 45 a. al 15 maggio.

PISA. *RR. Ospedali Riuniti di Santa Chiara.* — Tre posti di medico-chir. assistente. Concorso per titoli ed esami. Stip. annuo L. 4000 oltre le indennità caro-viveri a norma di legge e la indennità di servizio attivo di L. 1100 il tutto, al lordo delle prescritte ritenute e della riduzione del 12 %. Le nomine avranno la durata di due anni. Le domande di ammissione al concorso, in bollo competente, accompagnate dai prescritti documenti, l'elenco dei quali con le rispettive modalità ed altre notizie (limiti di età, ecc.), possono desumersi dall'avviso di concorso 20 maggio 1933 da richiedersi alla Segreteria generale dell'Ospedale, debbono pervenire alla predetta Segreteria generale non più tardi delle ore diciotto del 22 giugno 1933-XI.

REGGIO CALABRIA. *Amministrazione provinciale.* — Concorso, per titoli scientifici e pratici, a due posti di medico di sezione dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Reggio Calabria. Età richiesta: minima di anni 21; massima di anni 35, prorogata a 40 anni per gli ex combattenti; per i dipendenti da altre Amministrazioni provinciali non sarà tenuto conto dei limiti di età. Da esibire, entro il 20 giugno p. v., oltre i consueti documenti di rito, titoli e documenti atti a comprovare la competenza tecnica acquistata per studi speciali compiuti o per servizi prestati in Manicomi o Cliniche psichiatriche, ai sensi e per gli effetti dell'art. 21 del regolamento 16 agosto 1909, n. 615. Stipendio annuo: L. 14.400, aumentabile a L. 15.000 dopo quattro anni di servizio, a L. 15.900 dopo otto anni, ed a L. 16.700 dopo dodici anni; L. 3000 all'anno per supplemento di servizio attivo. Tutte le competenze sono soggette alla riduzione del 12 %. Per maggiori chiarimenti rivolgersi all'Amministrazione provinciale di Reggio Calabria.

RUVO DI PUGLIA. (Vedi BARI).

SARNO (*Salerno*). — Scad. 15 lug., ore 14; 2ª cond.; L. 6000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 1500 cavalc.; età lim. 45 a. al 5 mag.; doc. a 3 mesi; tassa L. 50.

SAVIGNO (*Bologna*). — Scad. 15 lug.; con Monte San Pietro; L. 9800 oltre L. 3000 cavalc.; c.-v.

SETTIMO TAVAGNASCO (*Aosta*). — Scad. 31 lug.; consorzio; L. 9000 oltre addizionale poveri L. 500, uff. san. L. 800, inden. trasp.; 10 aumenti ventesimo; età lim. 35 a.; riduz. 12 %.

SUTRIO (*Udine*). — Scad. 20 giu.; con Cercivento; L. 11.000 oltre L. 600 serv. att., L. 1000 uff. san., L. 3000 trasp.; riduz. 12 %; tassa L. 50,50.

TALMASSONS (*Udine*). — Scad. 23 lug.; L. 8000 oltre L. 500 serv. att., c.-v., L. 800 se uff. san., L. 2640 trasp., 6 quadrienni dec.; età lim. 40 a.

TERAMO. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli e per esami, concorso a due posti di Coadiutore presso il Laboratorio provinciale d'igiene e profilassi, l'uno per la Sezione medico-micrografica e l'altro per la Sezione chimica. Stipendio annuo lordo L. 11.000. Indennità servizio attivo lire 2500, oltre indennità caroviveri, come per legge, e percentuale sui proventi per ricerche ed analisi. Aumento stipendio L. 1000 in ciascuno dei due primi quinquenni e di L. 1500 nei due successivi. Età massima a. 35, salvo disposto art. 42 del R. D. 30 settembre 1922 n. 1290, salvo esenzioni di cui all'art. 9 del R D. 16 gennaio 1927 n. 155, e con elevazione del limite di età, a sensi del R. D. L. 23 marzo 1933 n. 227, per gli inscritti al Partito Nazionale Fascista. Il concorso seguirà secondo le disposizioni sancite dal R. D. 16 gennaio 1927. Oltre documenti di rito, eventuali titoli scientifici e di carriera, richiedesi: per la Sezione medica,

diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo o diploma di laurea in medicina e chirurgia; e per la Sezione chimica diploma di abilitazione all'esercizio della professione di chimico, o diploma di laurea in chimica, chimica e farmacia od in chimica industriale Tessera di inscrizione al P. N. F. Tassa ammissione L. 50,10. Scadenza ore dodici del cinque luglio 1933-XI.

TORTONA (*Alessandria*). — Con decreto prefettizio 1° maggio 1933, è stato bandito il pubblico concorso per titoli ed esami per il posto di Ufficiale Sanitario presso il Comune di Tortona. Stipendio annuo L. 12.000 lorde aumentabile di due quadrienni di L. 1000 ciascuno oltre l'indennità di missione, il compenso per prestazioni di interesse privato ed altre eventuali indennità. Età anni 45 salvo protrazioni di legge. Scadenza ore diciassette del 31 luglio 1933-XI. Per maggiori schiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Comune di Tortona.

VAGLIO LUCANO (*Potenza*). — Scad. 31 luglio L. 7000 e 6 quadrienni dodicesimo; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

VENTOTENE (*Napoli*). — Scad. 19 giu.; L. 9500 oltre L. 500 se uff. san., eventualmente incarico Colonia di confinati; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

VOGHERA (*Pavia*). — *Ospizio Provinciale degli Esposti e Istituto di Maternità*. — Scad. 20 giu.; medico chirurgo primario; L. 5000 e indenn. c.-v. se consentita; riduz. e ritenute di legge; età lim. 45 a.; tassa L. 50. Rivolgersi Segreteria dell'Istituto, via Torino, 7.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Al prof. Giovanni Gaeta, di Roma, *motu proprio* del Gran Maestro del S. O. M. di Malta, è stata conferita, nella seduta del Sovrano Consiglio del 13 maggio, la croce di Donato di onore e devozione di prima classe del S. O. M. di Malta, per l'attività svolta quale direttore del reparto « Lotta contro il cancro » nella Poliambulanza del S. O. M. di Malta. Rallegramenti.

Avendo il prof. Kretschemer declinato l'invito di assumere la cattedra di psichiatria di Berna, è stato nominato il prof. X. Klaesi, di Zurigo.

La Facoltà medica di Madrid ha eletto decano il dott. José Sanchez Corvisa, professore di dermatologia.

Il prof. L. R. Hill è nominato titolare della cattedra di batteriologia della « Loyola University » di Chicago.

Il prof. Sébilleau, di patologia medica a Nantes, è stato trasferito alla cattedra di clinica medica; è stato sostituito dal prof. Picard, di medicina legale.

Il dott. Antonio Recasens è nominato presidente della Società Odontologica Cubana.

Il dott. Antonio C. Villarama è nominato presidente dell'Associazione Medica delle Isole Filippine.

NOTIZIE DIVERSE.

Societas oto-rhino-laryngologica Latina.

Terrà il suo 3° Congresso a Parigi, nei locali della Facoltà di Medicina, durante i giorni 24-26 luglio, sotto la presidenza onoraria di Justin Godard, ex ministro della sanità pubblica, e sotto la presidenza effettiva di H. Bourgeois. In discussione sarà un solo tema: « Le sordità nervose ». Verranno pronunziate due conferenze: « La bronco-iniezione quale metodo di trattamento » (professor Caliceti di Bologna); « Manifestazioni amigdaliche nella patologia della serie ematica bianca » (prof. Fairen di Saragozza). Le comunicazioni possono concernere i tre temi suddetti. Saranno organizzate sedute operatorie.

La « Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris » terrà una seduta alla quale verranno invitati i congressisti; seguirà un ricevimento in onore dei congressisti stranieri. Quote di adesione: 100 franchi per i medici, 25 franchi per le persone di famiglia; vanno dirette al dr. Chavanne, place des Cordeliers 5, Lyon (Conto Corrente Postale 5096). Le notizie concernenti i ribassi ferroviari e i festeggiamenti saranno comunicate direttamente ai congressisti.

5° Congresso italiano di anatomia.

Il 25 maggio, nell'aula magna dell'Università di Cagliari, S. E. Lojacono, in rappresentanza del Governo, ha inaugurato il V Congresso nazionale della Società dei cultori di anatomia. Erano presenti le principali autorità provinciali e cittadine, senatori, deputati, personalità e numerosi congressisti. Il podestà ha portato il saluto della città e quindi il prof. Castaldi ha illustrato gli scopi del Congresso. Infine S. E. Lojacono ha pronunciato il discorso inaugurale, dichiarando in nome del Re e del Duce aperto il Convegno, tra calorose dimostrazioni al Duce e al Fascismo.

I lavori si sono tenuti a Cagliari e Sassari; ne daremo ulteriori notizie.

4° Congresso medico panamericano.

Si è svolto dal 21 al 26 marzo in Dallas (Texas) col concorso di circa 1200 medici.

Tra le risoluzioni adottate fu quella di dedicare ogni anno un giorno ad un medico americano di valore; il prossimo 3 dicembre lo sarà a Carlos Finlay.

Si è deciso che il prossimo congresso sarà navigante; si svolgerà tra New York e Caracas, probabilmente nel 1835.

Sono stati eletti alle cariche dell'Associazione medica panamericana: presidente il dott. John O. Mc Reinolds; segretari esecutivi i dottori Joseph Jordan Heller e José E. López Silvero, rispettivamente per la lingua inglese e per quella spagnola (sono le due lingue ufficiali dell'Associazione); segretari tecnici, rispettivamente i dottori Howard H. Harhuen e Francisco P. Miranda; tesoriere fu riconfermato il dott. Conrad Berens.

La sede dell'Associazione è presso il « Public Health Service », Washington D. C., S. U. d'A.

Congressi francesi di ortopedia.

La Società francese di ortopedia si riunirà a Parigi il 13 ottobre, sotto la presidenza del professor Paul Mathieu.

Relazioni: « Riduzione cruenta della lussazione congenita dell'anca » (rel. Mutel di Nancy); « Ar-

triti secche della colonna vertebrale» (rel. Richard di Berck). Segretario generale è il prof. Rocher di Bordeaux.

La riunione successiva si terrà a Bordeaux, sotto la presidenza del prof. Rocher; tema proposto: « Correzione osteoplastica delle deformità sternocostali » (rel. Garnier di Parigi).

Congresso francese di elettro-radiologia.

La riunione annuale dei medici elettro-radiologi di lingua francese si terrà dal 12 al 14 ottobre in Parigi, sotto la presidenza del dott. Belot. Temi: « Tecnica e risultati clinici dell'esplorazione radiologica della mucosa dell'intestino crasso » (relatori Ledoux, Lebard e Garcia Calderón di Parigi, Gilbert e Kadruka di Ginevra); « Le onde corte e ultra-corte in terapia » (relatore il prof. Réchon di Bordeaux). Tassa d'iscrizione: 75 fr. per i membri attivi e 25 per gli associati. Informazioni dal segretario generale, dott. Dariaux, boulevard Rochehuart 9 bis, Paris.

Convegno preparatorio al Congresso internazionale di medicina dello sport.

Si è svolto a Bologna, nei locali della Clinica Medica, durante i giorni 21 e 22 maggio, un convegno di preparazione al Congresso internazionale di medicina dello sport che si terrà dal 6 all'8 settembre prossimo a Torino, in occasione dei campionati mondiali universitarii.

Tra gli argomenti presi in esame sono: l'allenamento sportivo (Poggi-Longostrevi), l'alimentazione nello sport (Del Guerra), il « fenomeno d'ostacolo » (Donaggio), le funzioni delle vene negli sport (Aiello), il meccanismo del nuoto, le lesioni traumatiche degli sciatori, i rapporti fra l'eccitabilità muscolare e la fatica, fra la traumatologia sportiva e quella professionale; infine si è riconosciuta l'enorme importanza degli sports nel migliorare lo stato degli organi interni della donna.

Esauriti tutti gli argomenti, che dimostrano la mole di lavoro scientifico e pratico che i nostri medici sportivi porteranno al Congresso internazionale di medicina di Torino, i convenuti si sono particolarmente interessati della organizzazione dei servizi sanitarii dei Fasci Giovanili, in rapporto tanto alla selezione quanto alla traumatologia. Infine il commissario della Federazione, prof. Cassinis, ha rivolto parole di sentito ringraziamento al senatore Viola per l'ospitalità accordata e per la buona parte che lo scienziato illustre ha intenzione di prendere al Congresso di Torino.

Corsi di perfezionamento.

Dal 16 giugno al 13 luglio si terrà un corso nell'« Institut du cancer » di Parigi, sotto la direzione del prof. Roussy. Il numero dei posti è limitato a 40; tassa d'iscrizione 350 franchi. Rivolgersi all'« A. D. R. M. », salle Béclard, Faculté de Médecine, rue de l'Ecole de Médecine, Paris VIe.

Assegnazione di ufficiali medici alle Università.

Anche per il prossimo anno accademico saranno inviati alle cliniche ed agli istituti scientifici delle RR. Università ufficiali medici in S. P. E. quali assistenti.

Potranno aspirare all'assegnazione di cui trattasi i maggiori medici, con non più di tre anni di grado alla data del 31 luglio p. v., ed i capitani medici.

Tale assegnazione sarà fatta per un anno, salvo al Ministero la facoltà di confermarla per un secondo anno.

Le domande degli aspiranti dovranno essere trasmesse dalle Direzioni di sanità militare al Ministero non oltre il 31 luglio p. v.

Gli ufficiali che saranno comandati alle cliniche od agli istituti scientifici verranno di massima — al termine del corso — destinati agli ospedali militari, a seconda delle esigenze del servizio.

All'Ospedale italiano di Londra.

Il 25 maggio, alle ore 15, ha avuto luogo nella sede dell'Ospedale italiano di Londra — fondazione fatta una cinquantina d'anni or sono da connazionali, e uno dei più perfetti Istituti medici d'Inghilterra, sotto il patronato dei Reali d'Italia e dei Reali d'Inghilterra — la cerimonia per l'inaugurazione della Fondazione Mussolini, offerta da un gruppo di ammiratori inglesi del Duce. Erano presenti l'ambasciatore d'Italia onorevole Dino Grandi, accompagnato dal presidente dell'Ospedale marchese Bernardo Patrizi, dal console generale d'Italia e dal segretario del Fascio. Tra i convenuti erano Lord Fitzland e altre personalità politiche inglesi e consiglieri dell'Ospedale. Lord Fitzland consegnò all'ambasciatore un assegno di oltre mille sterline e tenne quindi un elevato discorso parlando dei vincoli di amicizia delle due Nazioni ed esaltando la figura del Duce che raccoglie l'ammirazione e la devozione del popolo britannico per l'opera meravigliosa che egli ha compiuto e compie. Rispose l'ambasciatore che ringraziò e lesse il seguente telegramma del Duce:

« Ho appreso con molto compiacimento la notizia della simpatica iniziativa a favore di codesto Ospedale italiano, dovuta a un gruppo di cittadini britannici. Essa è una prova della cordiale collaborazione dei due popoli, che si manifesta anche nel campo delle assistenze. Prego V. E. di rendersi interprete dei miei ringraziamenti verso i benefattori e trasmettere un vivo elogio alla presidenza, ai sanitari e al personale addetto all'Ospedale, per le cure rivolte all'organizzazione e allo sviluppo dell'Istituto, la cui opera è da me vivamente apprezzata ».

La lettura del telegramma è stata accolta con entusiastici applausi.

Stanze di medicazione nelle aziende industriali.

Il Ministero delle Comunicazioni ha stabilito che nelle aziende industriali ove si abbiano rischi di scoppi, asfissia, avvelenamenti, infezioni e che occupino più di cinque operai, venga istituita, obbligatoriamente, una stanza di medicazione.

Ospedali e dispensari a New York.

Esistono a New York 23 ospedali municipali, di cui 6 a Brooklyn, e 114 ospedali privati, di cui 24 a Borough. I dispensari municipali sono 14, di cui 5 a Brooklyn; quelli privati — generali e speciali — sono 78, di cui 25 a Borough. Negli ospedali sono ricoverati annualmente circa 500.000 malati e nei dispensari ne passano circa 2.000.000. Così il « Siècle Méd. ».

Nuovi sanatori nella zona parigina.

L'Amministrazione centrale dell'Assistenza Pubblica di Parigi, sotto la direzione attiva del dottor Mourier, ha compiuto un considerevole sforzo du-

rante gli ultimi anni, allo scopo di dotare la città di un adeguato numero di posti-letto per tubercolotici. Già funzionano i due sanatori di Chambrosey e di Labruyère, capaci rispettivamente di 337 e 532 letti; è in avanzata costruzione quello di Chamenell, capace di 526 letti. Essi sono attrezzati modernamente e provvisti di molti perfezionamenti.

Assistenza ai tubercolotici in Turchia.

In Turchia è denunziato un aumento della tubercolosi, ascritto alla crisi economica. Malgrado gli sforzi compiuti, l'assistenza resta del tutto inadeguata.

La « Società per la prevenzione della tubercolosi » di Istambul e la « Società della Mezzaluna Rossa » hanno riunito i loro sforzi per aprire un sanatorio di 50 letti, a Erenkäy; per i ricoverati è stabilita una diaria mite, incirca di 20 lire; le richieste di ammissione sono sovrabbondanti.

L'Ospedale Haydar Pascià di Istambul ha provveduto 100 letti per tubercolotici, e l'Ospedale Izrnir per malattie contagiose ne ha provveduto altri 50. Il Municipio ha costruito un padiglione per 80 posti. Il Ministero dell'Educazione, che gestisce un preventorio a Istambul, ne ha aumentato la capacità, a 180 posti. Vi sono due sanatori privati, presso Istambul, sul Mare di Marmara, capaci di 50 e di 25 letti. Annesso al sanatorio di Halki, sul Mare di Marmara, è stato costruito un padiglione di 60 letti.

Sul momento non si dispone di altri istituti assistenziali per fronteggiare la grave situazione.

Le assicurazioni-malattie in Germania.

L'Istituto di statistica del Reich pubblica i dati relativi all'andamento dell'assicurazione malattie nel biennio di crisi 1930-32. Risulta che il numero degli iscritti alle casse ammalati tedesche è diminuito nello spazio di due anni del 16,1 per cento e precisamente da 22,4 milioni a 18,8 milioni e che gli introiti sono scesi da 2294 milioni di marchi a 1244 milioni. Si è riusciti tuttavia a impedire un disavanzo. Solamente nel 1931 le spese superarono gli introiti per circa 55 milioni.

Il bilancio del 1932 si è chiuso con un attivo di 30 milioni. L'andamento dell'assicurazione malattie è stato influenzato per la massima parte dalla crisi del mercato del lavoro.

Lotta contro il cancro nello Stato del Maine.

Una lotta attiva contro il cancro è stata organizzata nel Maine (Unione nord-americana).

Nei tre ospedali più grandi dello Stato (a Portland, Lewinston e Bangove) sono state istituite Sezioni per cancerosi; a misura che sarà possibile, se ne istituiranno anche in altri ospedali.

Si sono sollecitati i medici a raccogliere con ogni diligenza i dati anamnestici ed obbiettivi su tutti i cancerosi.

Ogni anno, alla riunione della Società Medica dello Stato, verrà presentata una relazione sul cancro; inoltre una serata verrà destinata a proiezioni cinematografiche sul cancro e si farà posto ad una mostra della Società Americana per la Lotta contro il cancro. Il direttore della Società, dott. Clarence C. Little, di Bar Harbor, terrà una conferenza sul cancro.

Ogni Società medica di Contea prenderà in esame il problema del cancro. Su questa malattia si richiamerà l'attenzione degli ufficiali sanitari. Anche nelle scuole per infermiere il cancro farà oggetto di speciale attenzione.

Il Presidente della Repubblica francese visita Vichy.

Il presidente della Repubblica francese, Albert Lebrun, si è recato a Vichy il 21 maggio, in occasione di un Congresso Internazionale di Musica; era accompagnato da due ministri: Lamoreux del bilancio, Paganon dei Lavori pubblici.

Ha inaugurato la Galleria Napoleone, sorta sull'area dell'antico stabilimento di seconda classe, e lo stabilimento Callou, destinato ai bagnanti di seconda classe, ma con installazioni di prima classe per l'inverno.

Ha visitato i vari servizi e le istituzioni e località di maggiore interesse della celebre stazione termale.

I principi di Piemonte visitano Montecatini.

Le LL. AA. Reali il Principe e la Principessa di Piemonte il 19 maggio hanno visitato i grandiosi stabilimenti e impianti delle Terme di Montecatini, ricevuti dal prefetto di Pistoia, dal commissario prefettizio barone di Saint Just, dal conte Bonacossa e dal gr. uff. Schweiger. Hanno manifestato il loro vivo compiacimento.

Il prof. Arloing a Roma.

Il prof. F. Arloing, della Facoltà di Medicina di Lione, è stato ospite di Roma, ove ha fatto una comunicazione alla Reale Accademia Medica, nella seduta del 27 maggio. Ha riferito su ricerche eseguite in collaborazione dal dott. A. Dufourt, riguardanti l'ultra-filtrabilità del virus tubercolare, dimostrata nelle cavie mediante i sacchetti di collodio. Vengono, così, ad essere confermate pienamente le importanti ricerche sullo stesso argomento eseguite nei conigli da G. Sanarelli e A. Alessandrini. L'oratore ha reso omaggio ai due studiosi italiani. Alla fine della comunicazione il prof. Arloing è stato vivamente applaudito dalla numerosa assemblea.

In memoria di Vittorio Marchi.

Il 13 maggio, ricorrendo il 25° anniversario della morte del prof. Vittorio Marchi, si è svolta nell'Università di Modena una cerimonia in commemorazione dell'illustre neurologo ed istologo, il cui metodo classico ha dato origine a ricerche fondamentali ed ha contribuito notevolmente alle nostre conoscenze attuali sulla struttura, la fisiologia e la patologia del sistema nervoso.

Nella Facoltà medica di Modena il Marchi fu studente, conseguì la laurea, intraprese le prime ricerche.

Il discorso commemorativo è stato pronunziato dal prof. Donaggio, direttore della Clinica neurologica. Poi nell'atrio dell'Università venne scoperto un busto.

La cinematografia a servizio della chirurgia.

Alla Facoltà medica di Nancy si è tenuta una riunione, sotto la presidenza del decano prof. Spillmann, in presenza del rettore dell'Accademia dott. Louis Bruntz e di altre personalità. La riunione era dovuta all'iniziativa del prof. Barthélémy, incaricato dell'insegnamento di tecnica operatoria, il quale dimostrò i metodi me-

ravigliosi di cui oggi disponiamo per l'insegnamento di tale disciplina, grazie alla cinematografia. Egli illustrò i progressi rapidissimi da questa realizzati nel campo documentario e scientifico.

Un conflitto tra ospedali e facoltà medica a Strasburgo.

Gli ospedali civili di Strasburgo forniscono la corrente elettrica, l'acqua calda e fredda, il vapore e il riscaldamento a parecchi istituti clinici e scientifici della Facoltà medica. L'amministrazione ospedaliera invia regolarmente all'Università le fatture per le prestazioni effettuate, in base alle tariffe vigenti. Le fatture sono state puntualmente pagate fino a tutto il 1928; poi i pagamenti sono stati sospesi. L'Università riconosce di dovere le somme addebitatele; ma non ha i mezzi per corrisponderle. Di fronte a questa situazione, gli ospedali civili hanno soppresso il rifornimento di corrente elettrica e di acqua ad alcuni laboratori (avendo però l'avvertenza di non adottare questa misura per i laboratori annessi alle Cliniche, ciò che avrebbe recato pregiudizio ai ricoverati). I laboratori d'istologia e di chimica, destinati esclusivamente all'insegnamento, sono stati così messi in sciopero forzato.

Contraffazione di specialità farmaceutiche.

Nel 1926 venne accertata, a Parigi, la contraffazione di varie specialità farmaceutiche, appartenenti in prevalenza alla Ditta Roche; e ciò da parte di un farmacista, Gary, il quale era ricorso al trucco di stipendiare e alloggiare un certo Lazzaro Roche, che figurava quale amministratore e che doveva coprire, col nome, la mistificazione.

Nel 1927 le manovre fraudolente vennero riprese, a Saint-Maurice.

Dopo molte vicende giudiziarie, la 10ª Camera di Polizia correzionale della Senna condannava, nel giugno 1932, il farmacista a 10 mesi di prigione, il prestanome a 8 mesi, un tipografo (che aveva stampato i prospetti, le etichette ecc.) e due impiegati, a 6 mesi ciascuno; tutti solidariamente ai danni e interessi in benefizio della Ditta e dei Sindacati professionali, per 70.000 franchi.

Il prestanome, il quale ha sempre negato ogni responsabilità, ha interposto opposizione; ma il Tribunale ha, ora, confermato la sentenza della Camera correzionale.

Strano processo contro un farmacista.

Al Tribunale Correzionale di La Rochelle si è svolto un breve processo contro il farmacista Maxime Pavy, accusato d'infrazione alle leggi sul lavoro da parte di un ispettore del lavoro, il quale accertò che, una mattina, il preparatore della farmacia aveva aperto l'esercizio alle 8,50 anzichè alle 9. Il Tribunale ha assolto « atteso che questa assunzione del servizio con 10 minuti di anticipo sull'ora regolamentare, non potrebbe costituire una contravvenzione; che, in ogni caso, il prevenuto non può esser reso responsabile dello zelo intempestivo del suo impiegato ».

Notizie brevi.

La Società internazionale di urologia si adunerà a Londra nel corso dell'anno. Temi: « Le malattie del collo vescicale (eccettuata l'ipertrofia prostatica) »; « I tumori del bacinetto e dell'uretere »; « La pielografia per via discendente ». Segretario generale è il Dr. Sevift Joly.

Il 9 maggio si è tenuta a Parigi l'assemblea generale della « Ligue contre le cancer », sotto la presidenza di Justin Godart, ex ministro della sanità. Il prof. Cunéo tenne una conferenza sul cancro nella storia.

La Sezione Pugliese della Federazione Italiana Fascista per la lotta contro la Tubercolosi si è adunata a Bari il 4 maggio, sotto la presidenza del prof. L. Ferrannini; furono fatte comunicazioni da A. Guaccero, P. Buonsanti, R. de Tullio (discuss.: P. Gaifami, P. Del Bruno, L. Ferrannini), L. Quaranta, V. Bonomo, G. Nisio (discuss.: D. Gargasole).

La Società Medico-Chirurgica Comasca si è adunata il 26 marzo sotto la presidenza del prof. E Benvenuti. Furono fatte comunicazioni di M. Rusconi, F. Parodi, Valentini, A. Boni, C. Roncati.

Si preannuncia un Convegno dei Medici della zona del Verbano (Lago Maggiore) per il prossimo settembre. Verranno trattati problemi scientifici e climatologici. Al Convegno, pur essendo regionale, saranno invitati tutti i sanitari italiani.

Il 3º Convegno Medico di Sirmione è stato organizzato dalla Società medico-chirurgica bresciana per l'11 giugno. Il prof. Luigi Zoia tratterà il tema: « L'ipertensione arteriosa »; seguiranno comunicazioni. Rivolgersi al presidente della Società, prof. U. Baratozzi, Brescia.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato un disegno di legge recante modificazioni alle vigenti norme sulle stazioni di cura, soggiorno e turismo. Il riconoscimento può esser dato solo alle località che presentino idonea attrezzatura ricettiva e curativa e che dispongano di mezzi finanziari adeguati.

Il Ministro dell'Educazione Nazionale on. Ercole ha convocato nella sala del Consiglio Superiore tutti i Rettori delle Università e i Direttori degli Istituti d'istruzione superiore. Alla riunione erano presenti il Segretario del P. N. F. e il Sottosegretario di Stato on. Solmi.

Il 23 maggio ebbe luogo in Saltrio (prov. di Varese) la cerimonia della posa della prima pietra dell'erigendo « Istituto Mario Luraschi » per le cure climatiche a favore dei figli poveri di operai e proprietari panificatori.

È stato inaugurato a Roma, nei locali della « Casa dell'Ospitalità Fascista Arnaldo Mussolini », un corso di perfezionamento per assistenti alle colonie marine, montane e solari.

Dopo breve malattia, una embolia spezzava crudelmente, in Merate, l'esistenza del prof. GIOVANNI FALCONE.

L'improvvisa morte e le particolari benemerenze del giovane chirurgo, che per molti anni profuse la sua attività negli Istituti Universitari, nell'ultima guerra, nel terremoto della Marsica, per cui gli fu concessa la medaglia di bronzo, nella pratica professionale, lascia largo e profondo rimpianto in tutta la classe Sanitaria, nei suoi amici ed in quanti potettero valutarne le qualità.

I.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Archives Intern. Med., feb. — B. A. GOULEY. Tbc. del miocardio. — E. KAROL. Respiro paradosso. — R. M. LARSEN. Colite polipoide infettiva.

Acta Med. Scand., Supplem. LI. — B. v. BONSDORFF. Sulla metodica dell'esame della pressione sanguigna.

Arch. It. di Chir., feb. — A. BICH. Azione dell'emanaz. di radio sulla formaz. del callo osseo. — L. DURANTE. Esclusione completa dell'ulcera pilorica e duodenale.

Accad. Med., 15 feb. — A. ISOLA. La diverticolosi, la diverticolite e lo stadio prediverticolare del colon.

Ann. de Méd., feb. — P. MERKLEN. Morbo di Gaucher. — G. MARINESCO e al. Forma narcolettica dell'ipoglicemia.

Presse Méd., 18 mar. — R. DEBRÉ. L'immunologia.

Paris Méd., 18 mar. — Numero sul cancro.

Pediatria, mar. — Numero in onore di A. Czerny.

Ann. It. di Chir., 28 feb. — G. LINO. La curva glicemica post-operativa. — R. PALMA. Patogenesi dell'infezione tetanica.

Gazz. Intern. di Med. e Chir., 15 mar. — U. FOGLIANI. Effetti dell'ingestione di catrame e di ittiolo.

Klin. Woch., 18 mar. — GRUMBACH. Infezioni a focolaio. — E. A. v. WILLEBRAND e R. JURGENS. Trombopatia costituzionale.

Bruxelles-Méd., 19 mar. — TANT. Trattam. dell'ipertrofia prostatica con l'operaz. di Steinach n. 2.

Bull. Ac. de Méd., 7 mar. — A. CALMETTE. Vaccinaz. con B C G negli adulti allergici.

Deut. Med. Woch., 17 mar. — WALINSKI. Esperienze sull'ipertermia. — ENGELHARD. Malattie cutanee e genitali nell'influenza.

Journ. Nerv a. Ment. Dis., mar. — S. B. WORTIS. Convulsioni sperimentali. — A. GORDON. Disordini mentali post-traumatici tardivi.

Amer. Journ. of Cancer, mar. — J. J. BITTNER. Studi genetici sui tumori. — M. C. MARUT. Trauma e tumore sperimentale. — G. O. GEY. Coltura in massa dei tessuti.

Journal A. M. A., 4 mar. — S. AYERS jr. e N. P. ANDERSON. Trattam. dell'acne rosacea. — H. E. HIMWICK. Metabolismo dell'alcool.

Münch. Med. Woch., 17 mar. — L. HOFBAUER. Angina pectoris diaframmatica. — H. REICHEL e F. BIEDERMANN. Pneumotor. ambulatorio.

Rass. di Terapia e Patol. Clin., gen. — V. SUSANNA. Azione dell'ergotamina.

Minerva Med., 17 mar. — URSO. L'insulina nella prova della secrez. gastrica. — L. BEDARITA SERVADIO. Diverticoli intestinali acquisiti.

Journal A. M. A., 11 mar. — E. S. LAIN. Lesioni elettrogalvaniche del cavo orale da protesi dentarie. — E. R. ELLIOTT. Rachitismo renale.

Arch. It. di Chir., mar. — M. SIROLLI. Morte da elettricità. — P. BUONSANTI. Appendicite flemmonosa erniaria inguinale.

Proc. R. Soc. Med., mar. — Discussioni sulla anemia e sulla radioterapia delle affezioni non comuni. Casistica.

Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., apr. — A. HAKKI e A. MUHTEAR. Sulla chinoplasmina.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

Sommari dei Numeri usciti nel mese di Maggio 1933 degli altri Periodici e Riviste pubblicati dalla Casa Editrice L. POZZI - ROMA

CUORE E CIRCOLAZIONE

Periodico mensile diretto dal prof. CESARE FRUGONI

Capo Redattori:
Prof. C. PEZZI, Milano - Prof. G. MELDOLESI, Roma

Il Numero 5 (Maggio 1933) contiene:

Lavori originali: I. - R. SCOTTI DOUGLAS: Il comportamento dei vasi retinici nell'ipertensione arteriosa. Importanza del suo studio per la medicina interna. — II. - L. DI PRISCO: Variazioni elettrocardiografiche indotte dalla iperattività muscolare in organismi sottoposti a carico di alcool etilico. (Ricerche sperimentali).
Rivista sintetica: A. SANI: La tachicardia ortostatica.
I periodici specializzati.
Tra le riviste ed i congressi: SCHERF: Iperglicemia e glicosuria nelle trombosi delle coronarie. — F. A. WILLIUS e H. L. SMITH: Ulteriori osservazioni sul cuore dei vecchi. Studio anatomopatologico di 381 malati di 70 anni o più.
Notizie bibliografiche: G. RIMBAUT: Le clavier neuro-cardiaque à l'état pathologique. (La reaction cardio-rytmique au cours de la fonction lombaire chez les nerveux organiques). G. GIRAUD: L'hypotension artérielle dans les maladies chroniques.

Abbonamento annuo: Italia L. **40**; Estero L. **60**. Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **36**; Estero L. **50**. Un numero separato L. **6**.

IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA
diretta da **GUGLIELMO BILANCIONI**

Il Numero 5 (Maggio 1933) contiene:

Osservazioni di clinica: V. APRILE: Poliposi laringea.
Fisiologia e patologia dell'aviatore: I. - A. BALLA: Carie dell'osso frontale da incidente di volo in aviatore. Operazione; guarigione. Considerazioni medico-legali. — II. - F. TROINA: Sulle alterazioni dell'udito nel personale aeronavigante. Rapporti tra ipoacusia e professione in base a rilievi statistici.
Ricerche di laboratorio: I. - BOYS e RIJLANT: Introduction à l'étude oscillographique des reflexes tonique posturaux. — II - BUYS e RIJLANT: Etude oscillographique des reflexes asymétriques d'origine vestibulaire.
Anatomia patologica: A. NUNZI: I tumori benigni dell'esofago, con particolare riguardo al lipoma. Rara forma di lipoma e pseudolipoma dell'esofago.
Fonetica biologica: R. SEGRE: I noduli vocali alla luce dello stroboscopio.
Recensioni: *Sono N. 9 e se ne tralascia l'elenco causa mancanza di spazio.*
La nota storica: G. BILANCIONI: La scoperta del nervo naso-palatino.
Notizie e questioni.

Abbonamento annuo: Italia L. **50**; Estero L. **70**. Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **45**; Estero L. **65** Un numero separato L. **6**.

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile diretta da Paolo Gaifami

Il Numero 5 (Maggio 1933) contiene:

Lavori originali: F. BENTIVOGLIO: Comportamento della Reazione di Aschheim-Zondek nelle autointossicazioni gravidiche.

Fatti e documenti: R. BOMPIANI: A proposito di tumori ovarici complicanti lo stato puerperale. Taglio cesareo per fibroma calcificato dell'ovaio, occludente lo scavo. — P. MANDRUZZATO: Lesioni endocraniche del feto con riguardo alle presentazioni cefaliche nei bacini limite.

La rubrica degli errori: A. NOTO: Ascesso appendicolare diagnosticato per gravidanza tubarica destra.

Terapia: F. CONTARINI: Sulla terapia dell'ernia ombelicale fetale.

La rubrica medico-legale: G. BIANCHINI: Leggerezze e prolissità peritali. (A proposito di un tubero scambiato per placenta).

Problemi sociali: A. FILIPPINI: Le conseguenze dell'aborto legalizzato nell'U. R. S. S.

Dalle riviste: Ostetricia: La prova di Bercovitz per la diagnosi di gravidanza. — Una nuova prova chimica per la diagnosi di gravidanza. La ipercolesterinemia ormonale. — Metodo per la diagnosi prenatale di sesso. — Sui pericoli per il feto nella immissione improvvisa della testa nel bacino (effetto d'ingresso). — Il parto in presentazione podalica. — Sulla tecnica del taglio trasversale cervicale nel taglio cesareo. — **Ginecologia:** L'analisi capillare nella diagnostica ginecologica. — I disturbi funzionali oculari nelle affezioni genitali della donna. — Inconvenienti e controindicazioni della isterosalpingografia. — Carcinoma del collo dell'utero in gravidanza e radioterapia. — Isterectomia addominale totale o subtotale? — Un lipoma del prepuzio della clitoride in una ragazzina. — **Pediatria:** Studio sulla mortalità precoce dei neonati. — Sindrome emorragica nel neonato. — Cianosi dei neonati. — Eredosifilide. — I disturbi simpatici nella paralisi ostetrica degli arti superiori. — **Note di terapia:** La dieta nella albuminuria. — Automamminizzazione con applicazione di fango. — **Congressi:** P. GAIFAMI: Impressioni e commenti ginecologici al III Convegno della Lega italiana per la lotta contro il cancro.

I libri. — Varietà. — Notizie.

Abbonamento annuo: Italia L. **40**; Estero L. **60**. Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **36**; Estero L. **50**. Un numero separato L. **6**.

☛ **Utilissimo ad ogni Medico:**

IL DIRITTO PUBBLICO SANITARIO

Periodico Mensile di Giurisprudenza e Legislazione

DIRETTORI: On. dott. **Aristide Carapelle**, Consigliere di Stato. Avv. **Giovanni Selvaggi**, Esercente in Cassazione.

EDITORI FRATELLI POZZI - ROMA

Il Numero 5 (Maggio 1933) contiene:

A. CARAPELLE. — **La condotta politica come requisito per essere assunti ad un pubblico impiego e per essere mantenuti in servizio.**

NOTE SINTETICHE. — **Se la prestazione del servizio per l'acquisto della stabilità debba avere la effettiva durata di un biennio.**

Rassegna di giurisprudenza. — Impiegato; divieto di altre occupazioni. — Concorsi; Commissione giudicatrice; rapporto di parentela. — Concorsi; graduatoria illegittima. — Concorso; ammissione di un solo concorrente; revoca del concorso. — Concorso; nomina annullata; rinnovazione illegale. — Licenziamento per fine del periodo di prova; motivazione illegittima. — Aspettativa per infermità; accertamenti sanitari. — Indennità; riduzioni stabilite dal D. 1927; restituzione dell'indebito. — Impiegati enti locali; procedimento disciplinare. — Ufficiale sanitario; biennio di prova — Sostituzione del medico condotto; compenso. — Ricetta medica; valore probatorio. — Medico condotto; licenziamento; impugnativa; partecipazione al nuovo concorso; mancanza di acquiescenza. — Medici ferroviari; medici di reparto; sono impiegati; indennità di buonuscita

Leggi e Atti del Governo. — Missioni del personale della Sanità pubblica nella residenza o nell'ambito di piccole distanze. — Norme per la compilazione delle ricette di stupefacenti. — Prodotti per la panificazione. — Laboratori provinciali d'igiene e profilassi; nomina personale sanitario. — Comitati provinciali; lotta contro la malaria. — Aumento dei limiti di età per l'ammissione agli impieghi.
Libri.

Prezzo del suddetto numero separato L. **5**

N.B. - L'abbonamento ai dodici Numeri del 1933 costa L. **36**, ma agli associati al «Policlinico» è concesso per sole L. **30**, che vanno inviate, mediante Vaglia Postale o Bancario, all'Amministrazione del «Diritto Pubblico Sanitario», Via Sistina 14, Roma. Al ricevimento della predetta somma verranno subito spediti tutti i Numeri finora pubblicati del 1933.

Per abbonarsi ad una o più delle summenzionate Riviste inviare Vaglia o Chèque Bancario riscuotibile in Roma all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14 - ROMA

ANNO XL Roma, 12 Giugno 1933 - XI Num. 24

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI.

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI PALERMO.

La sindrome addominale destra.

Prof. N. LEOTTA, direttore.

LEZIONE CLINICA raccolta dal dott. F. RABBONI assistente volontario.

L'affezione presentata da queste tre inferme appartiene ad un capitolo della patologia addominale la cui conoscenza ha somma importanza ai fini del vostro esercizio professionale. Molto più frequentemente di quanto possiate immaginare, tali malati si presenteranno alla vostra osservazione.

CASO I. — C. Rosalia, di a. 37, sposata, con figli. Da circa 4 anni soffre disturbi digestivi, con digestioni lente e penose, stitichezza; dolore a tipo gravativo, localizzato all'epigastrio ed alla fossa cecale, insorgente dopo 3-4 ore dai pasti, senza alcuna relazione con questi. Ad intervalli varii il dolore si presenta a tipo colico ed è allora accompagnato da febbre e da vomito alimentare. Mai ematemesi nè melena.

All'esame obbiettivo: dolenzia alla palpazione profonda epigastrica ed alla metà destra dell'addome. Alla pressione digitale sono dolenti le zone corrispondenti al punto epigastrico, al punto cistico ed al punto di Mac Burney. Negativo il Murphy. Al quadrante superiore destro è positiva la manovra dello stiramento in basso. Non si apprezzano tumefazioni abnormi, nè difesa muscolare.

Esame radiografico: Lieve atonia gastrica; l'appendice non si inietta; metà destra del colon, male austrita; e a livello del tratto iniziale del trasverso piegatura ad angolo, stirato in alto ed a sinistra. La cistifellea presenta riempimento e vuotamento normali.

CASO II. — F. Maria, di a. 37, sposata, con figli. Da tre anni acidità gastrica, dolore gravativo alla metà destra dell'addome, e stitichezza. Spesso dolori colici al quadrante inf. destro dell'addome, con irradiazioni all'epigastrio; contemporaneamente vomito, non febbre. Digestioni sempre lente e penose.

Esame obiettivo: dolenzia spiccata al punto di Mac Burney, ed un po' meno spiccata, ma ben evidente, all'epigastrio ed al punto cistico. Murphy negativo. La manovra dello stiramento in basso, nel quadrante sup. destro dell'addome, suscita vivo dolore.

Esame radiografico: doppia canna di fucile, organica, fra colon ascendente e trasverso. L'appendice non si inietta. Riempimento e vuotamento della cistifellea normali.

CASO III. — S. Gaetana, di a. 44, sposata, con figli. Sofferenze digestive da parecchi anni. Tre anni prima fu operata di isterectomia con annessectomia bilaterale ed appendicectomia. Due anni dopo di colecistectomia. Ma l'inferma ha continuato a soffrire, come prima, di pirosi, nausea dopo i pasti, talvolta vomito, stitichezza ostinata e dolore gravativo diffuso, prevalentemente alla metà destra dell'addome, insorgente senza alcun rapporto con i pasti. Il dolore qualche volta si è presentato a tipo colico, sempre con la stessa localizzazione. Mai ematemesi nè melena.

Esame obiettivo: Dolore alla pressione su tutta la metà destra dell'addome. La dolenzia è più viva al punto epigastrico ed a quello di Mac Burney.

Esame radiografico: Ceco a chiocciola, con stasi diverticolare; metà destra del colon male austrata, con falso angolo destro stirato in alto ed a sinistra.

In queste tre inferme dominano le turbe digestive, con digestioni lente e penose, eruttazioni acide, lingua impaniata, flatulenze, dolore gravativo all'epigastrio e diffuso alla metà destra dell'addome, dolore che non ha caratteri speciali per l'orario di insorgenza e che talvolta si presenta a tipo colico, e stitichezza ostinata. Obbiettivamente, in tutte tre, non si rivela altro che la dolorabilità alla pressione in tre zone addominali, cioè: nella zona epigastrica, nella zona cistica e nella zona del quadrante inferiore destro, prevalentemente al punto di Mac Burney.

La dolorabilità epigastrica potrebbe far pensare ad un'ulcera gastrica o duodenale; contro cui stanno la sede e gli altri caratteri del dolore, diversi nell'ulcera, e l'assenza di ematemesi e melene. Son segni non di valore assoluto per tale esclusione, ma che lo assumono con la conferma dell'esame radiografico, che non ha rilevato alcun segno, nè diretto nè indiretto, di ulcera.

Anche la colecistite, che potrebbe essere sospettata nelle prime due inferme, per il dolore al punto cistico, si può escludere: il segno di Murphy è negativo, mentre si ha quel dolore alla manovra dello stiramento in basso che illustreremo or ora; non si sono mai avute coliche biliari, e la radiografia ci rivela una cistifellea normale.

Non è il caso di mettere in discussione il rene mobile destro; le inferme hanno avuto figli e son dimagrate; quindi non potrebbe mancare la mobilità del rene destro; ma ciò non basta per riferire ad essa i disturbi addominali di queste tre donne, giacchè le manifestazioni patologiche imputabili alla mobilità del rene, che sono rare e di altro ordine, qui mancano, mentre esistono disturbi che hanno base anatomica in lesioni endo-addominali.

La sintomatologia delle prime due inferme è quella che comunemente autorizza la diagnosi di appendicite cronica; per la terza inferma, con sintomatologia identica, ciò non può dirsi, perchè l'appendice è stata già tolta, come anche è stata tolta, in un secondo intervento, la cistifellea. Evenienza questa non rara, di cui apprezzeremo subito il grande significato. Ma la diagnosi di appendicite cronica non sarebbe esatta neanche nelle prime due inferme, e porterebbe a quell'insuccesso curativo che, per due volte, si è avuto nella terza inferma.

Ed infatti mentre l'appendicite acuta presenta un quadro anatomico meglio definito, e manifestazioni cliniche nette, alle quali si addice un trattamento chirurgico ormai ben disciplinato, l'infiammazione cronica del vermio, invece, non ha, nel pensiero dei vari AA., limiti e caratteri ben precisati; anzi qualcuno, specialmente tra i francesi, come Guillaume e sopratutto Dieulafoy, nega ad essa addirittura l'esistenza. Il che non è esatto. L'appendicite cronica, intesa quale flogosi circoscritta al processo vermiforme è anatomicamente dimostrata da un numero grande di lavori, specialmente italiani; ma se dall'anatomia patologica passiamo alla clinica, ci troviamo disorientati, perchè le lesioni localizzate alla sola appendice non danno un quadro fenomenico spiccato; e quell'insieme di disturbi e manifestazioni cliniche che suole essere diagnosticato come appendicite cronica, non è dovuto alle alterazioni delle tonache appendicolari, o almeno queste vi entrano solo in parte, ma risulta prevalentemente da un insieme di alterazioni a carico di altri organi addominali, che accompagnano o susseguono alle lesioni, talora scarsissime, del vermio. Queste molteplici e svariate alterazioni sono state considerate come lesioni isolate, indipendenti dal vermio, e spezzettate in tanti diversi quadri clinici, indicati con termini diversi, sempre imprecisi o parziali, assai spesso impropri od addirittura errati, come: pericolite membranosa, periduodenite essenziale, *duodenum mobile*, ceco mobile, tiflectasia, stasi intestinale cronica, perivisceriti, con tutte le relative numerose suddivisioni, ecc.; fino alle cosidette false appendiciti di Dieulafoy, che hanno avuto grande fortuna perchè riesce comoda la loro imprecisione, a coprire l'incertezza diagnostica, che però espone alle più amare delusioni curative.

Sono notissimi, in questo campo, gli insuccessi della cura chirurgica, che spesso si ripetono nello stesso paziente, dopo un secondo ed un terzo intervento. Gli insuccessi per appendicectomia nell'appendicite cronica risalgono al 50 %, secondo alcune statistiche, e son cifre ottimiste; nè diversi sono i risultati per l'ulcera gastrica o duodenale e per la colecistectomia. Il terzo dei nostri casi appartiene a questa categoria, ed arriva a noi dopo due interventi — per appendicectomia e per colecistectomia — soffrendo come prima, degli stessi disturbi di prima, con sintomatologia identica a quella delle due prime malate: il che dimostra come una tale sintomatologia non sia sostenuta dall'appendicite.

Noi dunque non solo abbiamo abolite tutte le anzidette e le tante altre diagnosi finora usate, perchè imprecise o parziali, ma anche quella di

appendicite cronica, che rappresenta anch'essa un equivoco diagnostico, che porta ad un intervento limitato ed espone all'insuccesso; giacchè in questi casi, come è nelle nostre tre inferme, i disturbi non all'appendice devono essere attribuiti, almeno non all'appendice sola, ma a quel complesso di lesioni anatomiche che vanno al di là dell'appendice, e che noi abbiamo individuato nella *Sindrome addominale destra*.

Nel Trattato di Alessandri, scritto dagli allievi (che nella elegantissima veste della casa Pozzi è uscito prima di licenziare le bozze di questa lezione), Valdoni, con una piccola variante al nome, utilizza il nostro concetto unitario di Sindrome, pur senza ricordare la S. A. D., ed adattandolo al mosaico di tutte le forme precedentemente descritte. Così la Sindrome dolorosa dell'addome destro appare come una composta delle osservazioni vecchie adattate al termine nuovo, senza alcuna dimostrazione di fatti, nè vecchi nè nuovi, e sempre avvolte in un mistero patogenetico che, con rassegnazione, è giudicato impenetrabile. Ma in realtà essa non è che la deformazione del nostro concetto unitario di Sindrome, che applicato e dimostrato per la S. A. D., non si può affatto adattare al vecchio mosaico, senza aggravare ancora di un equivoco il confusionismo patogenetico, diagnostico e curativo preesistente.

La S. A. D. ha incontrato il consenso di coloro che, spogli di preconcetti, non si limitano ad osservare l'addome nella sola lesione clinicamente diagnosticata, e le opposizioni aprioristiche di coloro che si ostinano a limitare l'esplorazione. Man mano che crescono gli osservatori obiettivi diminuiscono gli oppositori; ma tra questi, resta, scoperto ed impegnatissimo, il Giordano, che non le dà quartiere e combatte, non da cavaliere antico, la sua crociata, come può: con un fiorito assortimento di barzellette sulle tre iniziali S. A. D.; con due casi di colecistite rilevati cronologicamente dopo un'appendicectomia per appendicite (senza accorgersi che simili casi, comunissimi, sono dimostrazione evidente della S. A. D.); e per ultimo rimettendo a nuovo « la vecchia bardatura », come egli dice, del rene mobile, che non vuol riconoscere vittima innocente dell'addome, ma che a tutti i costi vuol mantenere al banco degli accusati, per misfatti dei quali la chirurgia moderna lo ha già assolto da tempo, per inesistenza di reato.

A me pare che egli esageri; e forse i colleghi, che dal buon senso sono portati alla critica appassionata, stanchi dalle troppe barzellette non sempre di buon gusto, esclameranno: Che barba!

Intanto finora nessuno ha messo in luce un solo elemento anatomico contrario, o quando meno dimostrato inesatto un solo degli argomenti anatomici sui quali la S. A. D. è costruita.

Queste alterazioni anatomo-patologiche sono nette. Il punto di partenza è nella flogosi dell'appendice, che può essere inizialmente acuta o cronica, ma che sempre passa allo stato cronico, ed evolve con diffusioni flogistiche non contrastate da quelle barriere che sogliono opporsi all'appendicite acuta. La diffusione avviene per vie bene stabilite anatomicamente, cioè: o per continuità o contiguità; o con l'intermediario dell'epiploon, che è capace di portare l'infezione a distanza, o percorrendo le vie linfatiche, che trasportano l'infezione in punti lontani, o attraverso gli affluenti della vena-porta. Ogni nuovo attacco di flogosi appendicolare — che suole passare inosservato come tale, ed avvertito generalmente come un disturbo digestivo banale — è una nuova tappa guadagnata, fino alle più lontane e diverse localizzazioni. Da queste, è la metà destra la parte più colpita dell'addome — per quanto non restino del tutto esenti gli organi della metà sinistra — perchè a destra sono le vie linfatiche e sanguigne prevalentemente battute dall'infezione, che a destra ha punto di partenza e stazioni di arrivo, le quali sono talora molto lontane, sì che il nesso tra esse ed il punto di partenza può sfuggire: sia per la lontananza dell'appendice, sia anche perchè questa ad un certo momento può anche non presentare più lesioni flogistiche macroscopiche evidenti. Ma esaminatela al microscopio una tale appendice: troverete in essa sempre le note dell'infiammazione.

Si determinano così epiploiti, mesenteriti, mesocoliti, che sono frequentissime e possiamo dire costanti, altrettanto come le lesioni del peritoneo viscerale intestinale, che si rivelano con quelle lesioni comunemente note come perivisceriti, che sono state distinte in tante varietà anatomiche e cliniche, mentre in realtà si tratta sempre della stessa entità anatomo-patologica, pur estrinsecandosi con diverse formazioni periviscerali, che noi distinguiamo in tre classi: sclerosi parietali, aderenze fibrose, ed aderenze membranose.

Molto si è scritto sulla natura di alcune di queste formazioni periviscerali, specie di quelle membranose, che sono state ritenute financo congenite, mentre la natura flogistica è uguale per tutte, anche per quelle sottili, come tela di ragno, che contengono elementi nervosi ed una rete vasale molto sviluppata. Al di sotto di tali membrane il segmento intestinale appare sempre con la sua sierosa integra, il che si spiega con il meccanismo della loro formazione, da noi già illustrato, ed ha grande importanza per la cura, giacchè ci permette la viscerolisi, con la sicurezza di lasciare il segmento intestinale rivestito del suo normale peritoneo.

Da tutto l'insieme delle lesioni, e dei meso e degli epiploon e delle formazioni periviscerali e delle aderenze di varia forma, risultano deformità e vizii di posizione dell'intestino, variabilissimi e di grado diverso, che specialmente colpiscono il duodeno, il tratto terminale dell'ileo e la metà destra del colon.

A carico del duodeno si hanno quelle alterazioni che sono state interpetrate come periduodeniti essenziali; a carico dell'ileo terminale si possono avere tipiche plicature di Lane; a carico del ceco e colon destro si possono avere le deformità notate come ceco a chiocciola; ceco eretto, che può arrivare fino alla totale inversione dell'ascendente, in modo che il ceco e l'appendice malata tocchino il duodeno e la cistifellea. Qualcuno ha creduto di dover riportare questa forma ultima ad un'alterazione congenita, ma le cicatrici e membrane che accompagnano questo ceco eretto con totale inversione dell'ascendente, e la manifesta appendicite che coesiste, ed è stata sempre notata in questi casi, non lasciano alcun dubbio sulla natura flogistica di questa lesione, che è una delle tante esistenti nella S. A. D.

Ed ancora si può osservare: la stasi nel ceco comunemente nota come stasi diverticolare di Schlesinger; la deformità dell'ascendente conosciuta come ginocchio dello ascendente di Busi, la totale retrazione dell'ascendente, in modo che esso è ridotto a proporzioni minime; l'addossamento per aderenze di tratti dell'ascendente e del trasverso a doppia canna di fucile; gli spostamenti dell'angolo colico destro, che per solito è stirato in basso, mentre quello che comunemente viene ritenuto, nelle radiografie, come flessura epatica stirata in alto ed a sinistra non è altro che un inginocchiamento patologico del colon trasverso, determinato da mesocoliti o da aderenze al fegato, o alla cistifellea. E fra le tante lesioni, non ne mancano in qualche caso anche a carico dell'angolo colico sinistro, del discendente e del sigma.

Alterazioni anatomiche gravi, che si rivelano spesso anche con sintomi clinici, si hanno a carico del fegato e del pancreas, in forma di epatiti e pancreatiti croniche, che sono di grado variabile, ma che non mancano mai nella S. A. D., e sono identiche in tutte le varietà di S. A. D., sia essa semplice o sia accompagnata da un'ulcera o da una colecistite, come abbiamo potuto accertare con le biopsie.

Le epatiti, oltre a spiegarci la insorgenza della colecistite, che non manca quando intervengono i relativi fattori determinanti da noi indicati, ci danno ragione delle intolleranze alimentari per i grassi e di certe manifestazioni cliniche spesso presenti nella S. A. D., come l'ingrossamento e dolenzia del fegato, la tinta subitterica, la bilirubinemia.

Le pancreatiti, che si manifestano specialmente con il noto ingrossamento della testa del pancreas, caratteristico delle pancreatiti croniche, ci spiegano le intolleranze agli idrati di carbonio e certe glicemie ed anche certe glicosurie pancreatiche di non facile interpretazione, frequentissime nella S. A. D.

Nel quadro generale fin qui esposto si può impiantare talora l'ulcera, gastrica o duodenale; talora la colecistite; e talora anche, per quanto assai più raramente, l'ulcera e la colecistite insieme. Ciò può avvenire per circostanze speciali determinanti da noi ben precisate, delle quali ci occuperemo in altre lezioni. Oggi intendo trattarvi della S. A. D. semplice, che è quella esistente in tutte e tre le nostre inferme, anche in quella già due volte operata senza risultato.

* * *

La sindrome addominale destra, infatti, si diagnostica con facilità, a condizione che si conosca. Bisogna aver visto le lesioni anatomiche di essa per farsi un concetto esatto di ciò che sia veramente la sua sintomatologia, che è una sintomatologia uniforme, ma mai identica; in complesso l'andamento è uguale, ma nel dettaglio differisce. In questo polimorfismo di disturbi possiamo seguire una traccia tenendo presenti i fondamentali.

Nell'anamnesi trovansi spesso notizie che ricordano attacchi appendicolari, e quasi sempre una lunga storia di sofferenze digestive, che si presentano con caratteri non di forte intensità, ma di ostinatezza; che risentono beneficamente, ma temporaneamente, delle cure mediche, dietetiche e delle cure di Montecatini, Chianciano, ecc. Queste acque agiscono bene, riducendo la flora batterica ed attivando le funzioni intestinale, epatica e pancreatica; ma gli effetti benefici durano per breve tempo, dopo la cura, chè presto ritornano i disturbi di prima.

Hanno forte predominio nella sintomatologia i dolori. Quelli spontanei non hanno rapporto orario con i pasti; non hanno regola nella durata; ed irregolarmente scompaiono e ricompaiono. Quelli provocati alla pressione si riscontrano in varî punti dell'addome. Questi ultimi, che possono mettersi in evidenza con la pressione digitale, possono aversi in vari punti dell'addome; ma nella maggioranza dei casi sono tre i punti più dolenti: il punto di M. Burney, il cistico e l'epigastrico. Ma non bisogna dare eccessiva importanza ai punti dolorosi: il punto di Mac Burney, per esempio, è dolente anche nella nostra terza inferma, in cui manca l'appendice. E poi anzichè punti sarebbe meglio dire zone dolenti.

A che cosa è riferibile il dolore provocato alla pressione? Voi ricorderete quanto vi ho detto in altre lezioni sulla genesi del dolore viscerale e sulle due teorie più accreditate: quella del riflesso viscero-sensitivo di Makenzie e quella di Lennander, che riferisce il dolore al peritoneo parietale. Nella S. A. D. sono molteplici le cause del dolore. Anzitutto c'è la flogosi peritoneale, nelle fasi di riacutizzazione; ed in molti di questi infermi, infatti, si può talora constatare una difesa addominale, più o meno circoscritta, che è la spia della reazione peritoneale

Altra causa di dolore è rappresentata dalle aderenze varie, che abbiamo visto poter essere disposte in modo da far aderire l'intestino al peritoneo parietale o ad altri visceri addominali, tra i quali son prediletti la cistifellea e la faccia inferiore del fegato. Tutte queste aderenze determinano dolore quando l'ansa relativa si muove.

Per stabilire con certezza la esistenza delle aderenze, non abbiamo alcun mezzo: nè clinico, nè radiologico. Perciò ci sembra importante un segno semeiologico che con abbastanza precisione ci può dire se esistono aderenze del colon alla cistifellea od ad fegato, quello che noi mettiamo in evidenza con *la manovra dello stiramento in basso*. Guardate come si ricerca: si infossano le dita nel quadrante superiore destro dell'addome e si esercita con esse una trazione in basso; la trazione, spingendo in basso il colon, riesce dolorosa se esso è aderente in alto alla cistifellea od al fegato. La dolenzia diviene ancora più spiccata se, mantenendo la mano nella posizione della trazione in basso, l'infermo esegue una profonda espirazione, che, facendo risalire il diaframma, stira in alto fegato e colecisti. Il segno è positivo, come vedete, nella prima e nella seconda delle nostre inferme.

Questo segno, messo a rapporto con il segno di Murphy, che deve essere ben ricercato, altrimenti non ha valore, è di grande aiuto per la diagnosi differenziale della colecistite, quando c'è dolore al punto cistico, che è frequentissimo. Il dolore allo stiramento, con assenza del Murphy, depone nettamente per la S. A. D. con aderenze ed esclude la colecistite, come è nelle nostre prime due inferme.

Altra ragione di dolore è data dalla linfangite e linfoadenite delle varie stazioni addominali; e ricorderete in proposito come alcuni AA. riferiscano il dolore al punto di Mac Burney all'ingorgo delle linfoghiandole ileo-coliche.

Altro sintomo, frequente nel 60 % circa dei casi, studiato nella nostra scuola, è quello dell'anisocoria con midriasi destra; segno che viene da noi messo in rapporto ad un abnorme stimolo del sistema nervoso simpatico, dovuto a sua volta all'abbondanza di cellule nervose riscontrate nell'appendice infiammata.

L'evoluzione della S. A. D. è, come vi ho accennato, a crisi periodiche: periodi di benessere si alternano a periodi di peggioramento; e questi ultimi diventano di durata sempre più lunga col trascorrere del tempo, a meno che l'infezione non si esaurisca, il che può anche avvenire, ed allora si ha la guarigione, ma è raro.

Dato quest'insieme di sintomi, dunque, la diagnosi di questa tipica sindrome non è difficile; ed essa è ormai ben conosciuta e ben diagnosticata da molti medici pratici. Difficile talora può riescire, clinicamente, di precisare se si tratti di S. A. D. semplice, o con ulcera, o con colecistite, ed in tali casi è prezioso, ed anche indispensabile, l'ausilio di un esame radiografico completo di tutto il tubo gastro-enterico e delle vie biliari extraepatiche.

Nelle nostre inferme nelle quali oltre che clinicamente anche l'esame radiografico ci fa escludere l'ulcera e colecistite, data la sintomatologia netta che abbiamo analizzata, possiamo sicuramente concludere per la diagnosi di S. A. D. semplice.

* * *

Brevemente della cura. Anzitutto dobbiamo dire delle norme profilattiche per prevenire questa affezione, così diffusa, così ostinata e così insidiosa. Per ciò, non c'è che una norma da seguire: sopprimere l'infezione all'inizio, praticando l'appendicectomia al primo attacco, anche minimo, di appendicite, quando l'infezione è ancora circoscritta alla sola appendice. L'attesa non è innocua, perchè anche se non avverranno nuovi episodi acuti, si avrà quella diffusione del processo con lesioni a distanza, che porta immancabilmente al quadro della S.A.D.

Quando questa è già in atto, come nelle nostre tre inferme, si comprenderà facilmente perchè la semplice asportazione dell'appendice possa esporre all'insuccesso curativo. La cura che può garantire la guarigione è quella che riesce a troncare l'infezione: rimuovendo, oltre all'appendice, le alterazioni peritoneali esistenti, e specialmente le aderenze. Perciò è specialmente dimostrativa la terza malata, in cui dopo l'asportazione, subita in due atti operativi, dell'appendice, degli annessi e della cistifellea, i disturbi sono persistiti, perchè sono rimaste le lesioni specifiche della S. A. D.

Per tale intervento, bisogna anzitutto seguire la massima di non operare durante un periodo acuto, ossia di operare a freddo: è l'operazione a caldo quella che espone al pericolo di nuove aderenze. Occorre poi esaminare bene la cavità addominale, per rendersi conto di tutte le lesioni anatomiche esistenti, alcune delle quali non sono nè clinicamente nè radiologicamente precisabili. Tale esplorazione è possibile solo attraverso una laparatomia mediana, in parte sopra ed in parte sottombelicale, con centro all'ombelico. La incisione piccola lateralizzata, il così detto taglio estetico, che permette di uncinare solo l'appendice per portarla allo esterno, è indicato nell'appendicite acuta, ma non nella S. A. D.

Questo taglio mediano, di circa 15 cm., 20 al massimo, lascia la parete addominale perfettamente integra, perchè non lede alcun nervo o muscolo. Non occorrono profonde conoscenze anatomiche per convincersi di una tale verità, semplice e luminosa, affermata in tutti i libri di chirurgia, vecchi e nuovi; eppure, per artifizio polemico contro la S. A. D., anche tale verità si è creduto di deformare; facendo apparire come un terribile taglio questo che è il più comune ed indubbiamente il più innocuo di tutti i tagli laparatomici, anche della piccola incisione laterale, che incide muscoli e, proporzionatamente, lede l'innervazione del muscolo retto. Voi lo avete visto applicare in ogni seduta operatoria questo banale taglio mediano, attraverso il quale è solo possibile l'esplorazione addominale e l'intervento che occorre nella S. A. D., il quale consiste nell'appendicectomia e nello sbrigliamento delle membrane aderenziali (viscerolisi), specialmente di quelle che legano il colon al peritoneo parietale, al fegato ed alla cistifellea, badando,

specialmente nella cololisi, a lasciare integra la sierosa viscerale, il che è sempre possibile per le ragioni sopradette.

P. S. — L'atto operativo, eseguito con le norme anzidette, mise in evidenza le più tipiche lesioni della S.A.D. Nel 1° caso: aderenze fibrose tra colon ascendente e peritoneo laterale; e tra colecisti e colon trasverso; appendice ricoperta di membrane, ritorta in alto ed all'esterno, aderente ai ceco, al colon ascendente, ed il cui apice raggiungeva quasi l'angolo destro del colon. Nel 2° caso: aderenze tra fegato, duodeno e metà destra del colon trasverso. Questo, in unione al colon ascendente, formava una tipica doppia canna di fucile, mantenuta da un sistema di aderenze, che si estendeva al cieco ed al peritoneo laterale. Appendice con inginocchiamento mediano. Nel 3° caso: vaste membrane velamentose e briglie aderenziali tese tra peritoneo laterale destro e colon ascendente; membrane e briglie avvolgevano colon ascendente, metà destra del trasverso e duodeno, fino a raggiungere il margine anteriore del fegato; altro sistema di membrane, alcune con tipiche cicatrici stellate, mantenevano il cieco contorto su se stesso.

NOTE E CONTRIBUTI.

La febbre esantematica in Tripolitania.

Dott. D. A. MAZZOLANI.

Al Congresso internazionale di Marsiglia, tenutosi lo scorso settembre, io ebbi occasione di esporre, in breve riassunto, la cronistoria della febbre esantematica a Tripoli. Lessi poi nel n. 2 del *Policlinico*, Sez. Pratica, 9 gennaio 1933, la nota illustrativa del collega capitano Nastasi, e siccome da tale lettura non risulterebbero, oltre i casi del prof. Gabbi (1913), che un malato del capitano dott. Longo e quello che fa oggetto del suo studio, così ritengo opportuno di ripetermi, per così dire, su quanto riferii a Marsiglia stessa.

La detta cronistoria è assai semplice:

1913: Due casi riferiti da Gabbi (dei quali un malato dell'allora capitano prof. Mariotti-Bianchi e uno del dott. Mazzolani).

1925: Un caso, 32 anni, tenente B., del genio militare.

1926: Un caso, 45 anni, commerciante berbero di Jefren, domiciliato a Tripoli.

1927: Un caso, 51 anni, italiano residente a Tripoli da circa 15 anni.

1928: Un caso, 20 anni, militare metropolitano (capit. Longo).

1931 Un caso, 25 anni, scalpellino, metropolitano (Capit. Nastasi).

1932: Casi 6: anni 7 e mezzo, P. Eugenio, 4 anni, P. Gioconda, 7 anni P. Velia, a Giorgimpopoli; 31 anni, D. L., italiana residente da alcuni anni a Tripoli; 5 anni, B. Angelo, figlio di contadino; 7 anni, M. Sergio, italiano nato a Tripoli. Totale N. 13 casi.

Ad ogni modo lasciando da parte i malati di *febbre bottonosa* riferiti da Gabbi nel 1913, incompletamente studiati, il primo caso di febbre esantematica sarebbe quello del 1925, riguardante il tenente del genio, e per il quale gli esami di laboratorio furono eseguiti dal colonnello medico prof. L. Mazzetti, come risulta dalla risposta a me inviata il 14 ottobre 1925.

La esistenza di questa febbre è appena segnalata, in seguito, da qualche caso isolatissimo, ed è solo nel 1932 che abbiamo il primo episodio relativamente più importante.

Sono questi i soli casi che si sono realmente verificati a Tripoli? Già a Marsiglia il prof. Olmer mi faceva osservare che la mia statistica gli sembrava assai scarsa tenuto conto che l'« ambiente tripolitano doveva essere pressochè lo stesso di quello tunisino ». Come allora io rispondo che in verità possono essersi verificati altri casi, sfuggiti forse, in individui che non hanno fatto ricorso al medico in ragione della benignità stessa della malattia: questi casi igno-

rati debbono, tuttavia, essere stati poco numerosi perchè se ne avrebbe avuto sentore.

La statistica tripolitana, assai limitata per numero, ci permette, frattanto, di fare alcuni rilievi che mi sembrano d'interesse per il problema clinico-epidemiologico della febbre esantematica.

Nei riguardi della loro ricorrenza stagionale, si sono verificati casi: 1 in maggio, 1 in luglio, 5 in agosto, 1 in settembre, 2 in ottobre, 1 in novembre. Per rispetto, quindi, alla Tripolitania sembrerebbe impropria la denominazione di tifo benigno estivo proposta da Pecori. Già nel 1929 Audibert aveva segnalato alcuni casi di febbre esantematica a Marsiglia durante il mese di ottobre.

Circa il sesso si notano 8 maschi e 3 femmine: questa massima frequenza per i primi è forse da mettersi in rapporto coi più facili contatti coi cani.

Nei riguardi dell'età la gamma è assai estesa, i nostri malati andando da un minimo di mesi 18 a un massimo di anni 51.

L'ubicazione non risponderebbe neanche in modo assoluto a quanto è stato riferito dalla maggioranza degli autori. Dei nostri malati il tenente abitava a oltre un chilometro dal centro della vecchia città; il bambino di 5 anni in una concessione agricola prossima alla spiaggia di Giorgimpopoli e quindi vicino ai 3 bambini di questa specie di villaggio estivo: il malato di Nastasi lavorava nel cantiere di Vantini-Bodrati, posto campestre a circa 800 metri dalla vecchia città; il militare di Longo era addetto a servizio nella prossimità dell'Ospedale Vitt. Emanuele III: cosichè si può concludere che negli undici infermi, 6 abitavano in località eccentrica e 5 in località assolutamente urbana.

Nei riguardi dell'esantema si può rilevare che in tutti i casi è stato assolutamente dello stesso tipo e di intensità quasi identica. In generale si appalesato fra il 3° e il 5° giorno dal malessere, dal senso di freddo, ecc., ossia dall'entrata in scena della malattia, con un leggero anticipo, quindi, di 24-36 ore sull'esantema che ebbi occasione di osservare durante la grave epidemia di tifo esantematico verificatasi a Tripoli nel 1918. L'esantema si è mostrato, quasi sempre, più precoce e più intenso agli arti: la malata portatrice della *macchia nera* riferiva di aver osservato, il 4 agosto, una vescichetta alla coscia destra: il giorno 8 risentì brivido di freddo, il giorno 11, ossia in terza giornata, aveva notato qualche macchia rossiccia allo stesso arto di destra: di poi rapidamente l'esantema si diffuse a tutto il corpo, come io ebbi a verificare poi il giorno 13. In quasi tutti i malati l'esantema era assai evidente alla faccia e alla fronte. Nella malata in parola e in uno dei bambini si ebbe anche a notare un leggero enantema in corrispondenza della regione anteriore della cavità orale: in qualche malato si notò forte fotofobia in rapporto a sensibile iperemia oculare.

La *macchia nera* di Boinet-Piéri non è stata riscontrata che una volta sola, alla coscia di destra, nella donna di 37 anni. È bene, però, far subito notare che non in ogni caso è stata ricercata con quella accuratezza forse desiderabile: ricordo che il prof. Riccardo Jorge, di Lisbona, riferiva al Congresso di averla ritrovata, in una sua malata, in corrispondenza delle grandi labbra.

Nei riguardi della *febbre* si è potuto notare che con una certa costanza si è mantenuta fra i 10 e 12 giorni: essa cadde per crisi, spesso accompagnata da una o due sudorazioni.

Nei nostri malati la *reazione di Weil-Felix* non ha dato risultato concorde: positiva solo, e abbastanza sollecitamente, nel malato di Longo (1:500) essa è stata negativa negli altri: nel primo malato del 1925 in due prelevamenti di sangue, l'uno in quarta e l'altro in nona giornata di malattia: nel malato di Nastasi in ciascuno dei 5 esami praticati dal settimo al trentasettesimo giorno di malattia; nella malata portatrice della macchia nera, nei due esami praticati a venti e a quaranta giorni dall'inizio della malattia. In tre malati, per ragioni diverse non fu possibile procedere a ricerche sierologiche.

Il Congresso internazionale di Marsiglia ha permesso di affermare che le varie febbri esantematiche osservate dapprima a Tunisi, poi a Roma, a Marsiglia, a Tripoli, in Algeria, al Marocco in Spagna, Grecia, ecc., sono tutte clinicamente le stesse, giacchè se Nicolle e Conseil aveano potuto dichiarare che la *fièvre boutonneuse* è identica alla febbre esantematica marsigliese, ecc., l'esame d'un malato ricoverato in una sala dell'« Hôpital de la Conception » di Marsiglia (24 settembre 1932) ha permesso a Pecori e a me che andammo a vederlo in seguito ad invito del dott. Marchoux, presidente del Congresso, di constatarne la identità clinica con la febbre di Roma e con i malati di Tripoli. Dico anche dei malati di Tripoli perchè, ad eccezione dell'infermo osservato dal collega Scarpa, che fu però identificato dal dott. Cortesi, direttore dell'Ufficio Sanitario di Tripoli, essi furono veduti tutti da me stesso, compreso il malato di Longo e quello di Nastasi. Io visitai, infatti, quest'ultimo infermo nel po-

meriggio del 7 novembre e siccome oltre i sintomi generali egli mostrava già, all'esame in posizione seduta, gambe penzoloni, un'indubbia suffusione maculare agli arti inferiori, così io mi decisi a farlo ricoverare subito d'urgenza all'Ospedale.

Ma se clinicamente l'accordo diagnostico può essere possibile siamo noi egualmente tranquilli sotto il punto di vista eziologico?

Nella sua magistrale esposizione fatta in seno al Congresso di Marsiglia, Carlo Nicolle, a proposito delle « *febbri esantematiche dei paesi mediterranei* » è arrivato alle seguenti conclusioni:

1) Il termine febbre esantematica designa non già una malattia particolare, ma la famiglia naturale di malattie infettive, delle quali è tipo il tifo storico.

2) Il medico mediterraneo può incontrare tre febbri esantematiche: il tifo storico, il tifo benigno o, meglio, murino, la febbre bottonosa.

Gli è generalmente facile di separare le due prime; gli è spesso assai difficile di distinguere il tifo murino dalla febbre bottonosa.

3) I metodi di laboratorio provano la specificità dei 3 virus. Tali metodi riuniscono i due tifi a mezzo della vaccinazione reciproca e i risultati comuni della reazione di Weil-Felix. I detti metodi identificano il virus murino per la sua azione sul ratto (febbre invece d'infezione inapparente) e sulla cavia (periorchite).

Non esiste immunità crociata fra i due tifi e la febbre botonnosa. La reazione di Weil-Felix è debole in questa: il virus bottonoso è senza azione sulla cavia e sul ratto e non passa per i pidocchi: ecc. (*Resumé des communications*, Marseille, sept. 1932).

Stando così le cose, e non risultando che ricerche sperimentali speciali siano state eseguite nei laboratori di Tripoli, noi non possediamo elementi di fatto sicuri per poter affermare se in realtà qualcuno dei nostri malati appartenesse piuttosto alla febbre canina — tipo febbre bottonosa — che non alla febbre murina — tipo morbo di Brill —, come sembrerebbe dovesse essere il caso illustrato da Longo.

In verità clinicamente l'imbarazzo è dei più evidenti: la macchia nera che logicamente farebbe pensare, per la sua grossolanità, a trasmissione per *Rhipicephalus sanguineus* piuttosto che a mezzo della piccola puntura del *Dermanyssus muris* o della *Xenopsylla cheopis* del ratto è stata in modo preciso riscontrata una volta sola: in quasi tutti gli altri casi si poteva stabilire la presenza di cani nella casa (il bambino Sergio M. aveva tolto alcune zecche pochi giorni prima ad un suo cagnolino): ma tale coincidenza è un po' poco, tenuto conto, specialmente, che secondo l'esperienza di Pontano la macchia nera esisterebbe nella proporzione del 60-70 % dei casi di febbre esantematica, tipo febbre marsigliese.

Anche la reazione di Weil-Felix non ha potuto fornire elementi molto decisivi: essa è stata trovata positiva una volta sola, nel malato di Longo: negli altri essa fu negativa anche a 20-40 giorni dall'inizio della malattia. Ciò concorderebbe poco con quanto ha ancora osservato Pontano, secondo il quale la Weil-Felix sarebbe debolmente positiva (1:50 - 1:100) verso il 15° giorno, ma costante e ad alto titolo (1:500 - 1:800) a partire dal 20°-25° giorno di malattia.

La questione della febbre esantematica merita, dunque, di essere tenuta all'ordine del giorno e ristudiata in ogni suo elemento. Anche il fatto della sua varia denominazione induce all'opportunità di una classificazione di comune intesa. Già solo in Italia gli appellativi sono troppi: da Bignami, Falcioni, Carducci, Castronuovo, ecc., a quelli più recenti di Pecori, Sampietro, Belli, ecc., febbre eruttiva, febbre esantematica mediterranea, febbre escaro-nodulare, tifo endemico benigno estivo, dermotifo non diffusibile, morbo di Brill, febbre di Conor e Bruch, febbre bottonosa, ecc. Tutto ciò non è fatto per chiarir molto lo stato nosografico della malattia, anche se Nicolle pensa, da una parte, che si debba mantener invariato il nome di *fièvre boutonneuse*, e d'altro canto Pontano affermi che la denominazione di *morbo di Brill* ha diritto di mantenersi « perchè tale morbo sorge durante la stagione calda, è benigno e assume in tutti i malati di una determinata epidemia locale un quadro attenuato ». Credo che sarebbe opportuno, fino a conoscenza di nuovi fatti, di accettare per le tre forme febbrili il concetto generale basato sull'elemento serbatoio del virus o del suo vettore; ossia:

1) *Tifo esantematico*, o *febbre esantematica inter-umana;*

2) *Febbre esantematica d'origine murina*, o *morbo di Brill;*

3) *Febbre esantematica d'origine canina*, o *febbre di Conor-Bruch*.

Dobbiamo ricordare, infatti, che alcuni sintomi clinici possono permettere una distinzione del tifo storico dalle altre due febbri; difficile o impossibile si mostra, invece, una diagnosi differenziale di queste due ultime fra loro. Nel tifo classico si ha, generalmente, un inizio più violento, una maggiore incertezza

della stazione eretta e della deambulazione, un maggior senso di abbattimento e di ansia, senso di rachialgia più precisa e, già dopo pochi giorni, lingua arida tremolante e quasi impossibilitata a uscire dall'arcata dentaria: il sensorio è più o meno intensamente preso.

Nel gruppo delle due febbri esantematiche — tipo morbo di Brill e tipo Conor-Bruch — l'abbattimento è meno grave; si ha piuttosto agitazione, spesso fotofobia: i dolori hanno carattere muscolo-articolare, meno rachialgici: l'ammalato si smove in cerca di una posizione di riposo, come si osserva ad es. nell'attacco di dengue; è meno abbandonato che nel tifo; è come in uno stato di agitazione attiva. Il sensorio è integro o appena obnubilato. D'altro canto l'esantema è generalmente più precoce, dalla 3ª alla 5ª giornata, mentre nel tifo storico si appalesa più frequentemente dal 4° al 6° giorno; nel tifo le petecchie sono la regola, nelle due altre febbri sono la eccezione: nel tifo storico il tessuto dermico presenta spesso, anche al dorso, un certo grado di pastosità edematosa pizzicando fra pollice e indice, ciò forse in rapporto allo stato di precoce ipotensione circolatoria. Ad identificare il tifo storico verrebbe, inoltre, sollecita la reazione di Weil-Felix, giacchè, secondo Mayer, con cultura giovane di 18 ore, essa sarebbe positiva nel 100 % dei casi già a partire dal 6° giorno di malattia.

Ma inizio della malattia, sue condizioni generali, esantema, enantema, sensorio libero, presenza o meno della macchia nera, durata dell'esantema, desquamazione della pelle e la stessa reazione di Weil-Felix non sono sufficienti a differenziare, per se stessi, una febbre esantematica tipo Brill da una febbre esantematica tipo Conor-Bruch. In questi casi la soluzione dipenderebbe solo dalla conoscenza dell'animale vettore — parassiti del ratto o del cane — o più esattamente ancora dalle prove sperimentali.

Nei riguardi della profilassi l'accordo sembra, invece, pressochè generale: per le forme murina e canina i pericoli di grave diffusione non sono stati, fino ad oggi, osservati. Sebbene gli autori tendano ad ammettere che si tratti di attenuazione di virulenza dipendente dagli animali serbatoi del virus o dei diversi vettori, sarebbe tuttavia opportuno di controllare, nell'eventualità di episodi di tifo esantematico, se anche le forme di tifo storico clinicamente attenuate abbiano o no altro vettore che non il pidocchio, e se come Nicolle ha constatato per il virus bottonoso, o canino, anche il virus murino (morbo di Brill) sia incapace di passare attraverso il pidocchio o comunque, riattivarsi sotto la forma clinica classica del vecchio tifo storico.

Nella nostra piccola casistica del 1932 noi abbiamo avuto 3 casi contemporaneamente nella stessa famiglia: si tratta, evidentemente, di uno stesso cane che ha fornito le zecche infettanti ai 3 piccoli malati. È certo, tuttavia, che in tutti questi casi di febbre esantematica in Tripolitania non si è notato nessun fatto di contagio diretto da uomo a uomo anche quando non furono prese le solite misure di profilassi antitifica generale.

RIASSUNTO.

Allo scopo di completare le nozioni che si avevano sulla febbre esantematica in Tripolitania, l'A. riferisce gli 8 casi da lui osservati, portando così a 11 il numero di questi malati finora osservati. L'A. non crede che si possa in modo assoluto escludere la eventualità di qualche caso di Brill. Ritiene, inoltre, che sia opportuno di adottare un tipo unico di classificazione, ritenendo sufficiente, per il momento, il concetto della classifica sulla base del serbatoio del virus o del suo vettore.

Tripoli, febbraio 1933-XI.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI VASTO

Prof. NINO VITTORIO BEDARIDA, Prim. Chir.

Enfisema sottocutaneo da lesioni traumatiche del torace (*).

ETTORE CIANCAGLINI, volontario.

Desidero portare un contributo allo studio dell'enfisema sottocutaneo da lesioni traumatiche del torace, con quattro casi ricoverati e curati nell'Ospedale Civile di Vasto entro quest'anno.

I quattro casi stanno a rappresentare i diversi aspetti della lesione nei relativi stadi di gravità, sicchè ci possono illuminare sui criteri terapeutici, cui tempestivamente ricorrere.

Prima di parlare di essi, mi permetto far precedere delle considerazioni generali sulla eziologia e patogenesi di queste lesioni.

*
* *

Nei grandi traumatismi toracici riscontriamo:

a) ferite penetranti nel torace e interessanti solo la pleura, oppure la pleura e il polmone;

(*) Comunicazione al Congresso della Soc. Med.-Chir. d'Abruzzo del 26 settembre 1932.

b) traumi del torace con breccia cutanea, fratture di coste, con e senza rottura del polmone;

c) traumi toracici a cute integra, con o senza frattura di coste, e rottura del polmone.

Dobbiamo considerare dal lato patologico e così pure dal lato clinico due eventualità: o l'enfisema è solo diffuso al sottocutaneo o l'enfisema è sottocutaneo e mediastinico.

Conditio sine qua non, per lo stabilirsi di un enfisema *in tutti i casi*, sono il pneumotorace e la soluzione di continuo della pleura parietale costale; a cute integra occorre in più la rottura del polmone.

Inoltre a dimostrare la fisiopatogenesi dell'enfisema occorre considerare questi altri fatti:

Una ferita penetrante dà luogo alla costituzione di pneumotorace e di collasso polmonare, alla condizione che la ferita esterna si chiuda interrompendo la comunicazione fra cavità pleurica e l'esterno; cosicchè l'aria del cavo pleurico attraverso la lesione della pleura parietale si diffonde nel sotto-pleurico e nel sottocutaneo. La chiusura della ferita toracica può aversi sia per contrazione muscolare, sia per coaguli.

Se *non è stato leso il polmone* bisogna chiamare in causa per la formazione dell'enfisema sottocutaneo, una maggiore pressione endopolmonare costituitasi negli sforzi espiratori e ancor più nei colpi di tosse; *se il polmone è stato leso*, una immissione nel cavo pleurico di nuova aria fuoriuscita dalla ferita polmonare che aumenta il volume e la pressione del pneumotorace. La ferita polmonare può anche funzionare a guisa di valvola permettendo all'aria di riversarsi periodicamente nella cavità pleurica.

Ma vi sono dei casi in cui il pneumotorace *non fa collassare* completamente il polmone, cioè quando esistono sinechie pleuroparietali, oppure quando il frammento di costa è incuneato nel tessuto polmonare. Queste sono le condizioni più favorevoli alla formazione dell'enfisema sottocutaneo; infatti si verifica allora non solo il fenomeno di valvola, ma un giuoco di squilibrio delle tensioni intrapleuriche ed intrapolmonari: cioè dal cavo pleurico attraverso la ferita della pleura parietale l'aria si spande continuamente nel sottocutaneo, ma nello stesso tempo dal polmone disteso e funzionante viene spinta con maggiore pressione nel cavo pleurico una maggior quantità d'aria. Essendo la provvista di aria del pneumotorace illimitata, per la pervietà della ferita polmonare, si può giungere a gradi elevati di enfisemi (Rossi).

* * *

Ed ora veniamo a considerare la formazione dell'*enfisema del mediastino*, la cui prima manifestazione appare alla base del collo.

Molti autori hanno sorvolato l'argomento, pochi hanno cercato di interpretare il fenomeno, e fra gli ultimi il Benedetti (1932).

Tutti son d'accordo che solo violenti traumatismi sul torace possono determinare un quadro dell'enfisema mediastinico, ed in questa asserzione è implicito il concetto che altrettanto grave deve essere la lesione degli organi toracici.

Intanto va premesso che anatomicamente non esiste alcuna comunicazione fra cavo pleurico e cavo mediastinico; or dunque per spiegare il passaggio di aria dal cavo pleurico allo spazio mediastinico si può ammettere:

1) Che l'aria attraverso il connettivo pleurico costale si faccia strada man mano fino ad arrivare al mediastino; si può obbiettare però che la lentezza della diffusione sottocutanea dell'aria per questa via discorda con la rapidità dell'insorgenza dell'enfisema in parola; non sempre poi si trovano i segni obbiettivi che possono indicare questo presumibile cammino seguito dall'aria, a meno che la lesione della pleura costale sia in vicinanza del seno costo-mediastino.

2) Il Benedetti afferma circa la patogenesi dell'enfisema mediastinico: « Per la produzione di esso non è necessaria alcuna ferita della pleura parietale, ma è sufficiente una lesione abbastanza profonda del polmone accompagnata da quella di un bronco di qualche importanza, — in conseguenza dell'aumentata pressione, l'aria potrebbe risalire fino al mediastino attraverso il tessuto connettivo peribronchiale e perivasale (Béguin) ».

Io non mi sento autorizzato ad ammettere che l'aria possa seguire questa via perchè la rottura di un bronco principale è un fatto non comune; in genere vengono lesi i bronchioli e gli alveoli periferici; perchè, se l'aria percorresse la via peribronchiale e perivasale l'enfisema del mediastino non dovrebbe essere immediato e violento, e nello stesso tempo si avrebbe anche una dispersione attraverso le maglie connettive di tutto il polmone, provocando un enfisema dissecante di quest'organo.

Secondo Felice Rossi l'enfisema può prodursi solamente quando siano lesi grossi bronchi nel loro tragitto mediastinico.

3) Si può ammettere che il trauma produca per contraccolpo una lesione di continuità della pleura mediastinica.

4) Che il trauma, per la sua imponenza nonchè per peculiari meccanismi venga a ledere addirittura il peduncolo polmonare: in questi casi si ha anche morte subitanea con manifestazioni enfisematose.

5) Ultima probabilità: che per lo spostamento di frammenti di frattura delle coste in vicinanza dei seni avvenga una perforazione della pleura mediastinica, associata ad apertura della pleura costale.

Diagnosi e cura.

La gravità di questi traumi toracici dipende dunque dall'entità della lesione, quindi dalle modalità di fratture costali, dallo spostamento dei frammenti, dalla lacerazione polmonare, dall'emotorace dovuto sia a rotture delle arterie intercostali come da rotture di arteriole polmonari, dal volume del pneumotorace e dall'apertura delle pareti del mediastino con comunicazioni o no col cavo pleurico.

È logico che la sintomatologia sia molto varia in rapporto precisamente alle varie lesioni.

Ciò che ci interessa di più in questo speciale argomento è la presenza di aria nel sottocutaneo, che in rapidissimo tempo si può diffondere in tutto il corpo, generalizzarsi, ed invadere essenzialmente il collo ed il viso sì da rendere mostruosi gli ammalati.

Urge saper riconoscere la rottura della pleura mediastinica; le prime manifestazioni si trovano al giugulo con formazione di enfisema a cui corrisponde il caratteristico senso di crepitazione e di fruscìo di neve; è pure d'uopo precisare il numero di coste rotte e le modalità di fratture; la presenza di emotorace; lo spostamento del cuore e le sue sofferenze; l'insufficienza respiratoria dell'altro polmone.

Non solo i segni semeiologici ci permetteranno di diagnosticare le varie lesioni e complicanze, ma anche i dati radiologici potranno aggiungere molti elementi utili per perfezionare il n. diagnostico.

All'esame radiologico la chiarezza del pneumotorace si confonde e si sovrappone a quella dell'aria esterna sottocutanea. L'immobilità diaframmatica, anzi l'abbassamento della cupola per elevata pressione interna, rappresenta un segno caratteristico; talora è possibile distinguere la massa polmonare afflosciata. In caso di enfisema mediastinico alcuni autori parlano di una visibilità accentuata e chiarissima delle ossa della colonna vertebrale.

È inutile il dire che la presenza di emotorace abbondante è di facile diagnosi radiologica.

Rispetto alla cura, stabilito dunque che lo enfisema sottocutaneo è localizzato solamente alla zona toracica lesa, anche se abbastanza diffuso, bisognerà saper attendere, dedicando la nostra attenzione all'emorragia o a possibili versamenti essudativi secondari.

Se invece fin dall'inizio vi sono segni di scompenso cardiaco e respiratorio con fenomeni stenocardici e dispnoici, cianosi del volto, invasione dell'aria nel sottocutaneo oltre le clavicole ed una diffusione rapida, impressionante di essa al collo, ed oltre, occorrerà stabilire una condotta operativa.

Due sono le vie da seguire:

1) Taglio al giugulo infossandosi attorno la trachea ed esofago (metodo di Gatelier).

2) Costotomia e pleurotomia.

Il primo permette senz'altro di costituire con rapidità e con scarso trauma una valvola di apertura ai gas mediastinici: è quindi utile quando esiste *sicuramente* la rottura della pleura mediastinica e quando l'invasione di aria assume caratteri imponenti.

Il secondo, per quanto riesca a drenare con più lentezza l'enfisema, è però necessario in queste due evenienze:

a) quando esiste spostamento e sofferenza del cuore;

b) quando esiste emotorace e sia sospetta una lacerazione del parenchima polmonare.

L'operazione per via costo-pleurica ha il grande vantaggio di aprire una ampia comunicazione con l'esterno, di frenare l'emorragia scorgendone de visu il punto di origine, di chiudere e plasticare (se necessita) la lacerazione polmonare, di detergere tutto il sangue riversatosi e contenuto nel cavo (Gamberini, Serafini), con il vantaggio d'impedire quindi una reazione della pleura o un possibile empiema.

È utile chiudere quasi totalmente la breccia operatoria, lasciando in sito un tubo di scarico per l'aria e per gli essudati secondari.

E poichè l'intervento per via costale non permette rapidamente la scomparsa dell'enfisema mediastinico, non escludo che in condizioni allarmanti dell'ammalato, possa essere doverosa l'operazione al giugulo secondo il metodo di Gatelier, associato all'intervento con resezione costale ed apertura pleurica.

Caso I. — D. Cosimo, a. 36, spazzino, da Barletta.

È stato ferito il 31 maggio 1932 da una coltellata all'emitorace destro.

Entra in Ospedale in stato di collasso e di shock; si rileva oltre a ferite superficiali varie alla spalla ed alla regione mammillare sinistra, una ferita da punta e taglio al 6° spazio intercostale lungo la linea ascellare posteriore, penetrante in cavità; enfisema sottocutaneo che si diffonde dall'ascella alla linea parasternale destra ed in alto fino alla

clavicola. Il giorno dopo è evidente un'ottusità alla base destra con riduzione di respiro riferibile a emotorace, e al disopra di esso un suono timpanico fesso che raggiunge indietro la fossa soprascapolare, in avanti la clavicola, riferibile a pneuma con comunicazione all'esterno.

Nel periodo di circa 10 giorni la fenomenologia generale scompare e il malato è dimesso guarito.

CASO II. — P. Manlio, di anni 28, autista. Per un ribaltamento di autobus l'ammalato riportò un trauma all'emitorace sinistro. Dopo 2 giorni di collasso generale fu possibile visitare il p. e si riscontrò un enfisema diffuso a tutto l'emitorace, invadente anche il collo e frattura delle coste 6ª, 7ª ed 8ª sulla linea ascellare anteriore senza lesione di continuo della cute, nella cui sede appare una vasta suffusione sottocostale e si palpa un infossamento largo più di uno scudo.

Poichè le condizioni generali tendevano a ristabilirsi, poichè non si ebbe diffusione dell'enfisema, anzi una degressione, non si credette opportuno interventi chirurgici nè toracentesi.

Guarito nel periodo di 25 giorni.

CASO III. — Sab. M., a. 61, da Vasto.

Fu travolto da un'automobile il 29 giugno e riportò una vasta ferita al lembo nella regione parieto-temporale del cuoio capelluto. Il malato accusa un grande dolore alla regione scapolare destra e sottoascellare d. che aumenta col movimento del braccio.

Si rileva, oltre ad ecchimosi multiple, un enfisema sottocutaneo del torace che dalla base laterale destra sale in alto alla regione scapolare e alla fossa sopraclaveare destra diffondendosi al di sotto degli sterno-cleidomastoidei fino all'orecchio, ma sempre alla parte laterale destra.

Non esiste lesione di continuo dei tegumenti esterni. Presenza di pneumotorace; spostamento del cuore.

All'esame radiografico notasi frattura della 2ª e 3ª costa all'altezza della scapola. Interessante la chiarezza diffusa di tutto l'emitorace sinistro e delle ossa, sì da non potersi distinguere il polmone in alto, mentre si ha una visibilità accentuatissima del cuore.

In attesa vigile, non s'interviene poichè il p. tende a migliorare e l'E. S. a riassorbirsi rapidamente.

Nel periodo di 18 giorni lascia l'Ospedale assai migliorato.

CASO IV. — Lat. N., a. 44, Vasto.

Caduto dal proprio carretto il 28 luglio 1932 fu da questo travolto e trasportato immediatamente in ospedale.

Entra in ospedale con shock accentuato, assai cianotico. Polso 100.

Si rileva un'ecchimosi sulla linea emiclaveare al livello della 6ª, 7ª e 8ª costola sinistra sede di frattura; enfisema sottocutaneo che dalla base del torace sinistro risale oltre lo spazio sopraclavicolare, raggiunge il collo e parte della faccia diffondendosi indietro alla nuca. Presenza di grande versamento ematico e segni clinici di pneumo; area cardiaca mal delimitabile.

Date le condizioni gravi del p., asfissia, dispnea accentuata, polso sempre più piccolo e frequente, agitazione, si credette utile l'intervento d'urgenza e immediato, che si eseguisce in regione costale sinistra.

Atto operativo (prof. Bedarida).

Anestesia locale con percaina, sufficiente.

Taglio obliquo anteriore lungo la 6ª costola che si trova fratturata, sotto di cui è visibile la pleura aperta. Costotomia lunga, apertura del cavo; il polmone non si retrae perchè è trattenuto dal frammento di costa. Svuotamento del versamento ematico mediante garza. Avendo il moncone di costa perforato il polmone, ed essendoci in questo punto emorragia si eseguisce la sutura del polmone. Drenaggio in cavità pleurica con tubo e garza. Chiusura parziale.

Ben subito le condizioni del p. migliorano e l'enfisema alla faccia e al collo già mostruoso tende a dileguarsi, per cui non si ritiene opportuno il taglio di Gatelier al giugulo per il drenaggio mediastinico.

Il completo riassorbimento di aria dal sottocutaneo toracico ritarda di circa 15 giorni; in 40ª giornata l'a. lascia l'ospedale con parete toracica chiusa.

Caso di rilievo non solo per la tendenza dell'enfisema a generalizzarsi, ma per la sicura presenza d'enfisema mediastinico e aumento della pressione d'aria riversatasi nel cavo pleurico dovuta all'accertata lesione polmonare ancora in periodo emorragico.

Rispetto alla cura siamo persuasi di essere stati completi, perchè il drenaggio pleuro-costale ha dato luogo ad un rapido scarico di gas quasi nella medesima misura come nell'intervento giugulare. Ma più che altro ha permesso di riscontrare *de visu* la lesione del polmone e di poterla suturare; di estrarre quindi i coaguli e di pulire il cavo del versamento sanguigno, di fare un emostasi accurata della parete.

* * *

I casi presentati danno luogo dunque ad un chiaro raffronto rispetto alla fenomenologia, come rispetto alla cura.

Enfisema sottocutaneo-emopneumotorace non grave nei primi tre e quindi cura chirurgica aspettante con risoluzione spontanea del processo. Caso gravissimo il quarto con enfisema diffuso, pneumotorace, rottura del mediastino, lacerazione polmonare e conseguente enfisema al giugulo e al collo, per cui fu utile l'intervento d'urgenza.

RIASSUNTO.

L'O., sulla guida di 4 casi osservati all'Ospedale Civile di Vasto, e nella presente nota illustrati, studia le condizioni etio-patogenetiche dell'enfisema sottocutaneo e mediastinico da lesioni traumatiche del torace; porta anche un contributo sulla cura di dette lesioni, concludendo che il taglio di Gatelier al giugulo non è sufficiente quando esista emotorace, lacerazione polmonare, grave sofferenza cardiaca, e che questo metodo può essere o no associato alla costo-pleurotomia.

BIBLIOGRAFIA.

Benedetti-Valentini F. *Le indicazioni del taglio soprasternale nel soccorso dei grandi traumatizzati del torace con enfisema generalizzato.* « Il Policlinico », sez. pratica, 1932, n. 15.

Cordero A. *Note di chirurgia polmonare.* La Clinica Chirurgica, 1914.

Dominici. *Chirurgia del torace.* Rivista sintetica. La Clinica Chirurgica, 1914.

Gamberini C. *Degli estesi enfisemi sottocutanei da lesioni del torace.* Archivio Italiano. Chirurgia, vol. IV.

Giugni F. *Estesissimo enfisema sottocutaneo con pneumotorace da ago-puntura pleurica.* Minerva Medica, vol. I, n. 21.

Bistolfi. S. *Sulle complicanze pleuro-polmonari delle fratture costali.* Radiografia Medica, n. 11, 1930.

Marinacci M. *Ferite del torace.* La Clinica Chirurgica, 1919, vol. I.

Mucci. *Sopra un così detto « Rumore del mulino » (precordiale) di origine traumatica.* « Il Policlinico », sez. pratica, 1924.

Rossi F. *Enfisema sottocutaneo nelle ferite del torace.* Bullettino delle Scienze Mediche. Bologna, 1919.

Serafini G. *Enfisema generalizzato da lesione del torace.* Società It. Chirurgica, ott. 1922.

Vercesi C. *Sulla terapia delle ferite toraco-polmonare.* La Clinica Chirurgica.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

Una pinza per le operazioni sul rene.

Prof. R. Caminiti.

Molto spesso negli interventi sul rene s'incontra non lieve difficoltà nella esteriorizzazione, o nelle manovre del semplice avvicinamento dell'organo alle labbra della ferita cutanea

Per molti chirurgi rimangono preferibili ancor oggi le pinze naturali, cioè le dita e le mani di un assistente, specie negli interventi conservativi, in modo che l'emostasi temporanea del picciuolo venga fatta dalle dita anzichè dalle pinze, le cui branche siano foderate di caucciù; così nelle emorragie, nelle nefrolitotomie, nelle resezioni renali. Ma le dita, anche quando sia una mano sola, specie talvolta in individui obesi, in reni molto grossi riescono ingombranti, massime quando si voglia evitare un taglio molto ampio.

Altre difficoltà vi sono nella nefrectomia, perchè talvolta il picciuolo è corto, e negli individui a statura molto alta il rene spesso è posto molto alto e rannicchiato e nascosto sotto l'arcata costale; negli obesi è profondo, e nella pelvitomia bisogna tenere il rene per un certo tempo fuori o quasi dello addome per incidere la pelvi e per suturarla dopo. Per questi bisogni furono costruite alcune pinze più o meno adatte, a secondo i vari AA., e si ritiene bene adatta una pinza, che, a prima vista, pare la migliore: la pinza di Kreisl. Però nella pratica risponde poco per la sua grandezza, per la grandezza delle sue valve per cui riesce difficile e spesso impossibile introdurla in posto, specie nei casi sopra accennati. La maggiore difficoltà è data poi dalla curva delle branche medesime.

L'esperienza diuturna mi ha consigliato alcune modifiche, e tali che in verità la trasformano completamente.

Mercè le due curve da me date alle branche, ed in senso inverso, è facile la introduzione della pinza sotto l'arco costale, ed a qualunque altezza occorra; mercè l'articolazione mobile le branche hanno il vantaggio di potere essere introdotte una alla vota agevolmente, come quelle del forcipe, ed articolate in posto; mercè la riduzione delle valve viene agevolata la tenuta del rene, e mercè la maggiore coincidenza del bordo libero delle valve si può stringere a volontà sulla pelvi con questo bordo e fare l'emostasi. Fissando poi il rene in modo che il suo bordo convesso fuoriesca dalle valve, e sporga tra le branche della pinza, si può inciderlo comodamente per togliere calcoli.

RIASSUNTO.

L'A. ha fatto costruire una pinza che riesce utile alla chirurgia renale, avendo valve piatte a forma di rene, doppia curva nelle branche, articolazione snodabile; cose tutte che facilitano la sua applicazione e la sua tenuta *in sito*.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Revisione nosografica della neurastenia.

(A. F. TREDGOLD. *British Medical Journal*, 15 aprile 1933).

Nel 1879 Beard di New York pubblicava un'ampia descrizione di una malattia funzionale del sistema nervoso dovuta ad uno stato di esaurimento del sistema stesso, e alla quale egli dette perciò il nome di *neurastenia*. Al principio tale pubblicazione fu accolta con scetticismo ed anche coperta di ridicolo, ma a poco a poco le idee del Beard acquistarono credito e la nuova entità morbosa prese definitivamente posto nella nosografia. Anzi della diagnosi di neurastenia si abusò molto fino ad assegnarla a stati morbosi i più svariati. Quando non si trovava la causa di una condizione patologica il medico si rifugiava nella neurastenia, che copriva così tutte le incompetenze.

Subentrò lo scetticismo e si finì per credere che la neurastenia come entità nosografica per sè stante non esistesse affatto. Da un eccesso si cadde nell'altro.

Sta di fatto che la neurastenia esiste, ma occorre che sia riportata nei suoi confini legittimi, e che perciò sia ben definita nella sua sintomatologia e possibilmente nelle sue cause.

Per ben comprendere la natura della neurastenia è necessario fissare alcuni punti riguardanti l'energia nervosa.

Il lavoro mentale, come tutti i processi fisiologici, è intimamente connesso, se non del tutto dipendente, da un flusso di energia proveniente dall'attività cellulare, e nel caso particolare delle cellule del sistema nervoso.

Questa energia si trova allo stato potenziale nello speciale protoplasma, o neurokima, contenuto nelle cellule nervose, ed è scaricata da stimoli efferenti, che provocano una scomposizione delle complesse molecole protoplasmatiche in altre più semplici.

Questa scomposizione è stata dimostrata chimicamente. Dopo il lavoro prolungato o dopo determinati avvelenamenti si riscontra nelle cellule nervose la cromatolisi, mentre con il riposo e rispettivamente la disintossicazione le cellule riacquistano il loro aspetto normale.

Ciò prova che l'esaurimento dell'energia nervosa è uno stato fisico definito, dipendente o da eccesso di lavoro o da tossici, e che l'energia stessa può essere recuperata con opportune condizioni.

Questi dati sperimentali sono confermati dalla clinica.

Il lavoro mentale prolungato è seguito da stanchezza mentale e da incapacità a prolungare l'applicazione.

Nelle condizioni ordinarie la stanchezza scompare con il riposo o con il sonno, ma se lo sforzo mentale è stato eccessivo e prolungato, ed il sonno è stato insufficiente, la stanchezza continua e si ha un *deficit* della capacità psichica. Nei casi più accentuati si aggiunge la stanchezza fisica, e si ha uno stato di esaurimento nervoso generale.

Oltre all'incapacità di sostenere sforzi psichici o fisici, si ha inabilità a prendere decisioni, difetto di attenzione e di memoria, riduzione del controllo emotivo, ed aumento dell'irritabilità. Si ha insomma la condizione denominata « *debolezza irritabile* », che suole anche verificarsi a seguito di malattie lunghe ed esaurienti, specie se associate a tossi-infezioni.

Questo stato è in relazione al fatto che il recupero dell'energia nervosa non avviene più in modo sufficiente.

Si ha allora una vera e propria *neurastenia acuta* o *secondaria*, che generalmente guarisce rimovendo le cause che l'hanno prodotta, con il riposo e le cure adatte.

Ma oltre a questa forma di esaurimento nervoso ne esiste un'altra più frequente e differente sotto vari aspetti.

Innanzi tutto manca ogni causa determinante ed anche se esistente essa è di poca importanza e tale da essere del tutto innocua per soggetti normali. Un'inchiesta accurata farà rilevare che i pazienti del genere hanno precedentemente sofferto attacchi simili e mostrano una marcata tendenza ai disordini psicopatici.

Tali soggetti sono capaci di attendere regolarmente al loro lavoro ordinario, ma se si sottopongono ad uno sforzo anche lieve, o si scostano anche di poco dalla loro vita abituale, presentano subito dei sintomi e segni di esaurimento nervoso. Diventano irrequieti, irritabili, incapaci ad attendere a qualsiasi lavoro mentale, facilmente stanchi. Si lamentano di sonno cattivo, cefalea, dolori e parestesie in varie parti del corpo. Il loro appetito è capriccioso e spesso soffrono di stipsi. Il polso è frequente, labile, ipoteso. Insomma si tratta di una forma di debolezza irritabile con tendenze ipocondriache. È da notare, però, che per quanto in continua osservazione e preoccupazione del loro stato, questi pazienti non hanno mai vere paure e ansie.

Con il riposo e il trattamento appropriato molti di questi pazienti guariscono e ritornano al lavoro, ma hanno spesso recidive.

In molti casi diventano queruli e lamentosi.

Questa forma dipende verisimilmente da un difetto di vitalità delle cellule nervose, in conseguenza di che esse sono incapaci di mantenere una sufficiente riserva di potenziale di energia o di riparare rapidamente l'energia dispersa.

Si tratta di una condizione innata: essa costituisce la *neurastenia primaria o costituzionale*.

*
* *

Benchè i pazienti di neurastenia primaria e secondaria siano molti, tuttavia il loro numero è di molto inferiore a quello di coloro che vengono generalmente chiamati neurastenici. Ciò dipende dal fatto che tale diagnosi si attribuisce molto spessc ad altre forme nervose.

Così spesso si battezza con il nome di neurastenia l'*instabilità mentale*, una condizione di molta importanza perchè costituisce il punto di partenza o lo sfondo di molte psicosi e psiconeurosi.

Clinicamente essa è caratterizzata da: ipersensibilità verso ogni sorta di stimoli; tendenza dell'idea e del sentimento del momento a dominare la coscienza, per modo che l'una e l'altro prendono possesso completo dell'individuo; tendenza alle reazioni impulsive e violente.

Il soggetto a mentalità instabile avverte squisitamente le sensazioni cenestetiche ed è abnormemente sensibile verso gli avvenimenti del mondo esterno. In conseguenza egli è ipocondriaco, e facilmente depresso anche da fatti banali. L'emozione e l'idea si amplificano, il desiderio vuole essere subito soddisfatto, per modo che la condotta diventa capricciosa ed impulsiva.

La natura di questi disordini, è in relazione sopratutto alle loro reazioni; sono molto vari, in relazione non solo alla natura ed al grado degli stimoli ambientali, ma anche al temperamento ed alla costituzione mentale del soggetto.

In qualche caso si sviluppa una vera psicosi, in altri disturbi mentali minori, ossia una psiconeurosi.

Questi possono assumere tre tipi: stato ansioso, isteria, forme miste.

Gli *stati ansiosi* si verificarono in gran numero durante la guerra a causa delle emozioni da essa provocate.

Nella vita comune le cause determinanti sono varie: infortuni d'ogni genere, angustie domestiche, privazioni d'ogni genere, cattivi affari, perdite finanziarie, o avvenimenti che provocano conflitti psichici.

I pazienti diventano apprensivi, depressi, tendenti a trovare ostacoli da per tutto, ed in tale stato di irrequietezza sono incapaci di attendere alle loro occupazioni, di sostenere qualsiasi sforzo.

In genere questo stato persiste per molto tempo anche quando la causa determinante ha cessato di agire ed è stata dimenticata.

In alcuni casi lo stato di paura si lega a qualche idea o oggetto che sono solo indirettamente associati con la causa originaria. È probabile che alcune determinate forme (agarofobia, claustrofobia, mictofobia, ecc.) si determinano con questo meccanismo.

In altri casi la continua ruminazione delle proprie idee e delle proprie sensazioni, la continua autoispezione provoca uno stato di coscienza morbosa delle proprie sensazioni organiche. Allora l'ansia si trasferisce e si fissa su queste sensazioni, che finiscono per dominare la coscienza del soggetto ed insieme il quadro clinico.

La paura stimola la secrezione dell'adrenalina e con essa la mobilizzazione del glicogeno, che rende l'individuo più atto ad affrontare la situazione. Però l'azione dell'adrenalina è solo immediata e temporanea. A sostituire la sua azione eccitatrice del metabolismo entra in giuoco in secondo tempo la tiroide.

Quando lo stato di paura non si prolunga, lo squilibrio endocrino è presto corretto, ma quando l'emozione si protrae, si ha tale squilibrio, che diventa più o meno persistente, e si stabiliscono segni e sintomi più o meno vari e intensi: tremori, iperreflessia, midriasi, crisi vasomotorie e di sudore, tachicardia ed irregolarità del polso.

Il secondo gruppo di casi comunemente diagnosticati come neurastenia sono quelli che vanno attribuiti all'*isteria*.

Anche per l'isteria esiste una certa confusione di concetti nosografici.

Molti ritengono che l'isteria sia in rapporto ad un'instabilità emotiva che si estrinseca con un desiderio di richiamare l'attenzione e la simpatia degli altri sulla propria persona, rapidità di cambiamento dell'umore, linguaggio abbondante, condotta esibitiva, irrequietezza e passionalità.

Sta di fatto che l'isteria oltre che dall'instabilità emotiva è costituita anche da un'abnorme suggestibilità.

Per individui che si trovano in queste condizioni bastano piccoli accidenti a provocare fatti imponenti. Un piccolo dolore, un lieve impaccio al movimento di un arto provocato da un urto, suggeriscono l'idea che l'arto stesso è paralizzato. L'idea è accettata e si impossessa della vittima, ne diventa coscientemente o subcoscientemente parte integrante della personalità, e si stabilisce la paralisi che può scomparire solo con la controsuggestione. Nello stesso modo si può stabilire la sordità, la cecità, il mutismo, l'anestesia isterica.

In altri casi il meccanismo può essere più complesso, ma fondamentalmente è il medesimo. Un accidente qualsiasi provoca uno stadio di ansia accompagnato dalla sensazione di disordini funzionali in qualche organo, che sono ritenuti ed accettati come l'effetto di una malattia, che finisce col persistere anche quando è scomparso lo stato ansioso.

Pertanto i sintomi dell'isteria vera sono ben differenti da quelli della neurastenia e della neurosi d'angoscia. Mancano i segni dell'esaurimento nervoso, della stanchezza, e l'irrequietezza mentale cessa con la comparsa dei disordini organici.

Nelle forme miste si possono avere insieme disordini del tipo isterico e del tipo ansioso o neurastenico.

La diagnosi di tali forme importa innanzi tutto la distinzione con le malattie organiche del sistema nervoso, o anche con malattie infettive e del ricambio (tisi, sifilide, diabete, morbo di Addison, ecc.) che spesso si accompagnano con sindromi che somigliano molto alla neurastenia essenziale.

La diagnosi differenziale delle varie forme di tali neurosi è importante in quanto ciascuna di esse richiede una terapia speciale, talvolta controindicata per l'altra.

La neurastenia si giova delle cure così dette ricostituenti a base di fosforo, ferro, arsenico e stricnina, ed eventualmente di preparati opoterapici atti a stimolare il metabolismo. In ogni caso deve essere consigliato il riposo o il lavoro moderato, inibito ogni eccesso in tutte le direzioni.

Lo stato ansioso si giova invece della psicoterapia, e dei sedativi (bromuri, luminal) in piccole dosi, mentre il fosforo, la stricnina, i preparati tiroidei sono assolutamente controindicati.

L'isteria, specie quando si accompagna a fenomeni ansiosi, si può giovare di sedativi, ma la sua cura specifica è costituita dalla psicoterapia. DR.

La stasi papillare.

(L. HEEKERS. *Le Scalpel*, 18 marzo 1933).

Dopo che von Graefe ebbe scoperto nel 1860 la « Stauungspapille », questo sintoma prese d'un colpo grande importanza in semeiologia nervosa, sopratutto nella diagnostica dei tumori cerebrali. Tale importanza si è ancora più accresciuta nell'ultimo decennio, di pari passo coi progressi della neurochirurgia.

La stasi papillare fa parte, è noto, della sindrome della ipertensione intracranica, sindrome raramente completa, particolarmente nei primi stadî della malattia che la sostiene.

L'osservazione clinica prova che per lungo tempo, per mesi, si possono osservare, come segni di lesione endocranica, soltanto delle cefalee senza caratteri di specificità, e della stasi papillare.

Prima ragione per cui è importante conoscerla e riconoscerla: *essa è precoce*.

Un altro vantaggio essa ha sugli altri sintomi del gruppo « sindrome da ipertensione endocranica »: *essa è un segno obbiettivo*. Ed è importante, perchè fra gli innumerevoli ammalati che soffrono di mal di capo, può essere molto difficile distinguere quelli che hanno un incipiente tumore cerebrale, da cefalalgici per cause banali (quanto mal precisabili).

La causa diretta della stasi papillare è l'ipertensione del liquido cefalorachidiano: è dunque sempre indice di lesione endocranica, che può anche essere lontana dai nervi ottici, ed agire attraverso l'aumentata pressione del liquor.

Si comprende quindi perchè la papilla da stasi sia bilaterale, quando la lesione è francamente unilaterale.

La stasi papillare coesiste dunque regolarmente con l'ipertensione endocranica che potremo documentare con una rachidocentesi.

Ma spesso è meglio non farlo. Molti neurochirurghi preferiscono rinunciarvi, quando essa non è indispensabile per porre una diagnosi, che si può fare sull'insieme dei segni clinici e sulla stasi papillare: possono derivarne disturbi che sconvolgono il quadro clinico, sono penosi per il paziente e talvolta mortali.

La stasi papillare ha cause diverse; quasi sempre il tumore cerebrale.

Nella statistica di Kanpherstein, su 200 casi di p. d. s., 130 erano di tumor, 27 di lues cerebri, 9 di tubercolosi, 7 di ascesso, 3 di idrocefalo.

Su 100 tumori cerebrali 80-90 danno la p. d. s. Quasi tutti quindi. La rapidità del loro sviluppo e la loro sede — hanno importanza sulla patogenesi del sintoma.

Prima di tutti vengono i tumori cerebellari: in essi la p. d. s. non manca quasi mai. Poi i pontocerebellari, indi quelli dell'epifisi, dei tubercoli quadrigemelli e del quarto ventricolo.

La p. d. s. è rara quando il tumore è dei nuclei della base e più ancora se del corpo calloso.

È addirittura eccezionale quando il tumore è basilare, infundibolo ipofisario, o d'origine meningea.

Sarebbe difficile poter dare una spiegazione completa di questi fatti.

In linea generale si può dire, che i tumori che più disturbano meccanicamente la circolazione negli spazi ventricoloaracnoidei, sono quelli che più spesso e più precocemente determinano la ipertensione intracranica, l'idrocefalo interno e la stasi papillare.

Si aggiunga che, secondo la sede del tumore, le manifestazioni cliniche essendo più o meno tardive, danno più o meno alla stasi, il tempo di istituirsi.

Naturalmente essa non è che un sintoma: non si può per essa sola diagnosticare un tumor cerebri. La sola deduzioni che si può trarre di fronte ad un malato che abbia una p. d. s. caratteristica, è per l'esistenza d'una affezione che produce ipertensione endocranica.

Come questa determini quella, non è forse del tutto chiaro e indiscusso; certo è che la p. d. s. costituisce praticamente un manometro per la tensione endocranica, più fedele di quello di Claude.

Talvolta la p. d. s. richiede di per sè una terapia, anche se palliativa, e cioè quando ad essa si accompagni una lenta e progressiva diminuzione del visus. Essa conduce infatti alla cecità, per atrofia degli ottici.

Terapia decompressiva, che è meglio fare con la trapanazione che con una puntura lombare,

da cui ci si dovrà in pratica astenere in tutti i casi di tumore cerebrale esattamente riconosciuto.

Con la decompressione il medico allevia le sofferenze del paziente e prende tempo; dà inoltre la speranza di una guarigione; anche se sa che questa è matematicamente impossibile.

M. COPPO.

Sul significato della 'barriera emato-cefalica,,.

(H. HORT. *Med. Klinik*, 20 genn. 1933)

Il concetto della barriera emato-cefalica si è ultimamente modificato: dapprima infatti fu considerata solo come una divisione esistente fra il sangue ed il liquor, mentre poi si è visto che neanche il l. c.-r. è in diretta comunicazione con la sostanza cerebrale, esistendo degli altri tramezzi fra il sangue, il liquor e le cellule cerebrali.

L'importanza di questa doppia barriera è notevole sia dal punto di vista della patogenesi di alcune malattie, sia per il modo di applicazione ed azione di mezzi terapeutici.

L'A. in base ai dati della letteratura ed a esperimenti propri, rileva i punti più importanti del problema.

Il primo tramezzo della barriera è rappresentato dagli organi producenti il liquor; fra essi, secondo ricerche recenti sono da annoverarsi i plessi coroidei, i vasi meningei e gli spazi linfatici cerebrali; il riassorbimento avviene attraverso i villi dell'aracnoide, le vene meningee e le guaine nervose. La formazione del l. c. r. è regolata dalle leggi fisiche della dialisi, ma non può essere escluso un meccanismo supplementare di secrezione che si svolge probabilmente nei plessi coroidei.

Solo poche sostanze farmacologiche introdotte direttamente nel liquor giungono alla cellula cerebrale: la maggior parte di esse passa dal sangue. Il secondo tramezzo della barriera ematocefalica è rappresentato dalla parete gliale che avvolge e protegge il cervello; in essa una parte importante avrebbe la microglia che circonda i vasi cerebrali; la parte decisiva però per la penetrazione o meno delle sostanze spetta senz'altro alla membrana cellulare delle cellule gangliari.

Dalle esperienze dell'A. risulta che la nutrizione del cervello avviene per la via dei vasi sanguigni; il l. c. r. avrebbe una parte secondaria in essa.

Si è cercato in diversi modi di favorire la azione diretta dei farmaci sul sistema nervoso centrale. La penetrazione dei farmaci in esso può essere assicurata con la lesione della barriera emato-cefalica: piccole dosi di neosalvarsan per via intraspinale favoriscono la penetrazione dell'arsenico nel cervello (anche se iniettato nelle vene) per la formazione di un leggero stato di meninge sterile; il siero di cavallo avrebbe la stessa azione. Partendo dal fatto che durante il mestruo v'è un aumento di permeabilità emato-cefalica (Walter) fu tentata l'applicazione di preparati endocrini, ma senza successo.

Più promettenti furono le esperienze con sali dei metalli; di solito l'introduzione di essi nell'organismo non viene seguita dalla penetrazione nel sistema nervoso; ma l'inalazione o la strofinazione di questi sulla cute produce una infiltrazione meningea che favorisce il passaggio dei sali nel cervello.

I risultati più felici si sono avuti con l'uso dei derivati purinici: teobromina, teofillina, caffeina, ecc. Si è visto che con essi la dose efficace dei farmaci (p. es. di ac. barbiturico) era molto minore; anzi alcune sostanze coloranti, solo con l'aggiunta di sali purinici passavano nel cervello. Il fenomeno sarebbe la conseguenza della proprietà dei sali purinici di rendere permeabile la membrana cellulare.

Si noti che accanto a sostanze permeabilizzanti (fra queste vi è anche l'alcool), vi sono delle altre addensanti la membrana delle cellule gangliari; a questi appartiene la vitamina D, la quale a lungo andare provoca dei quadri di senilità nel cervello degli animali da esperimento.

Il meccanismo di permeazione della barriera emato-cefalica nei suoi punti più importanti (microglia che avvolge i vasi e — punto principale — membrana delle cellule gangliari) viene regolato dal sistema nervoso centrale (sembra dal cervello intermedio); questa regolazione viene influita anche da organi lontani; così p. es. l'esclusione del circolo portale avrebbe per essa conseguenze funeste.

Si è visto che l'azione farmacologica sul cervello deve mirare non tanto all'interruzione del tramezzo sangue-liquor (che spesso riesce anche pericolosa), quanto a superare la divisione rappresentata dal muro gliale perivascolare ed alla apertura delle membrane cellulari.

Ma già il primo di questi tramezzi riesce insuperabile ai corpi immunitari e di difesa, mentre gli agenti infettivi lo passano facilmente; esso insieme col liquor rappresenta il campo di battaglia dove le meningi debbono combattere il nemico da sole. Se esse vengono danneggiate, tutta la barriera emato-cefalica viene lesa e la strada all'infezione della sostanza cerebrale, specie agli ultravirus, viene aperta. Esperienze fatte dall'A. con infezione stafilococcica seguita da introduzione faringea di poltiglia di sostanza cerebrale di un encefalitico hanno infatti confermato quest'ipotesi.

Il meccanismo dell'insediarsi dell'encefalite che segue spesso l'influenza, sarebbe analogo.

La barriera emato-cefalica decide spesso le sorti del sistema nervoso centrale.

S. MINZ.

L'emorragia subaracnoidea spontanea.

(H. F. DOWLING. *American Journal Medical Sciences*, aprile 1933).

L'emorragia subaracnoidea spontanea, ossia non traumatica, è una condizione che risulta

piuttosto rara forse in rapporto al fatto che la diagnosi non è facile. Tuttavia la casistica clinica registrata dalla letteratura si è fatta più abbondante negli ultimi anni.

Gli stati morbosi che possono provocare una emorragia subaracnoidea sono parecchi.

1) *Discrasie sanguigne*. Sono stati osservati casi di emorragia subaracnoidea nell'anemia perniciosa, nell'emofilia, nella leucemia. La rarità dei casi registrati dipende forse dal fatto che l'accidente è misconosciuto in presenza della complessa sintomatologia dalla malattia predominante.

2) *Affezioni estrinseche che ledono secondariamente i vasi sanguigni dello spazio subaracnoideo*: 1) meningite cerebrospinale; 2) meningite tubercolare; 3) sifilide meningovasale; 4) embolie (infettiva o neoplastica); 5) colpo di calore.

3) *Anomalie intrinseche dei vasi sanguigni*: 1) trombosi; 2) degenerazione della parete vasale (arteriosclerosi ipertensiva, infettiva, tossica); 3) nèi congeniti; 4) aneurismi congeniti.

Le affezioni settiche e tubercolari delle meningi possono provocare necrosi delle pareti vasali e quindi emorragia. Tuttavia c'è da rilevare che nella meningite tubercolare si determina un ispessimento eccentrico dell'avventizia ed un ispessimento obliterante dell'intima e che nella meningite meningoccica si ha una infiltrazione di leucociti polimorfinucleari intorno ai vasi; fatti tutti che ostacolano anzi che facilitare la rottura dei vasi, donde la rarità della sindrome emorragica.

La sifilide provoca nelle piccole arterie meningee un'endoarterite obliterante con trombosi, Quindi la rottura del vaso si può avere solo quando l'avventizia e la media s'indeboliscono prima che l'intima s'inspessisca.

Emboli di varie specie possono iniziare la rottura e l'emorragia, ma questa costituisce un episodio insignificante nel grande quadro della malattia determinante.

Casi di emorragia subaracnoidea da colpi di calore sono stati controllati al tavolo anatomico.

L'accidente si verifica, comunque, più frequentemente in tutte le condizioni nelle quali esiste un'intrinseca anomalia dei vasi sanguigni (gruppo terzo della classifica su riferita).

Clinicamente l'emorragia subaracnoidea si manifesta all'improvviso con una stato d'incoscienza, preceduto di solito da un'intensa cefalea.

L'incoscienza può durare pochi minuti o parecchi giorni, e può essere seguìta da intontimento, stato confusionale, convulsioni e delirio, e sopratutto da una cefalea. Contemporaneamente si possono avere dolore e rigidità nucale, parestesie al cranio, dolore lungo la colonna vertebrale, diplopia, emiparesi transitoria, rigidità delle gambe.

All'esame obiettivo si può riscontrare: iperreflessia profonda e talvolta indebolimento dei tendinei, assenza degli addominali, Babinski positivo, segno di Kernig, papilla da stasi, anisocoria, nistagmo, bradicardia, paresi del facciale e del dodicesimo, strabismo, segno di Brudzinski.

Spesso il coma nasconde la maggior parte di questi sintomi e segni. Pertanto in ogni caso di coma, che non abbia altra causa sicura, conviene praticare la puntura lombare che in presenza di emorragia subaracnoidea dà esito a liquido cefalo-rachidiano ematico.

Bisogna però tener presente la possibilità che il sangue nel liquor sia dovuto all'azione traumatica della stessa puntura. In quest'ultimo caso il liquor fuoriuscito avrà una tinta ematica progressivamente degradante e conterrà eventualmente coaguli di sangue, mentre nel caso di emorragia subaracnoidea il liquor avrà una tinta omogenea dal principio alla fine, non conterrà mai coaguli, e se sarà subito centrifugato darà la reazione xantocromatica.

Il liquor potrà essere ematico anche nell'emorragia intraventricolare, nell'emorragia cerebrale con diffusione nei ventricoli e negli spazi subaracnoidei, e nell'emorragia meningea traumatica.

L'emorragia intraventricolare dà una profonda prostrazione e raramente ha esito in guarigione, ed in tal caso residuano sempre fatti paralitici.

L'emorragia cerebrale provoca disturbi sempre più persistenti di quelli dati dall'emorragia subaracnoidea e spesso provoca paralisi permanenti.

L'emorragia meningea traumatica difficilmente si differenzia da quella subaracnoidea spontanea, anche all'autopsia. La diagnosi si può fare quasi esclusivamente in base al criterio anamnestico. Alla necroscopia si trova che l'emorragia traumatica è spesso più raccolta, mentre quella spontanea è più diffusa.

La cura consiste nel diminuire la pressione endocranica. A tale scopo si praticherà ogni tre giorni la puntura lombare fino a quando il liquor non conterrà più sangue ed avrà una pressione normale. Qualora questa cura da sola non dia giovamento si potrà associare ad iniezioni venose di soluzioni glucosate-ipertoniche ed a frequenti purghe con solfato di magnesia. DR.

Esperienza sull'accesso all'angolo ponto-cerebellare con sezione del tentorio.

(B. DEMEL. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 169, pagina 413, 1932).

Il Demel aveva proposto nel 1926 di sezionare il tentorio per evitare che nel sollevamento del lobo cerebellare, questo venisse schiacciato contro il tentorio stesso.

L'operazione viene eseguita creando una vasta breccia occipitale che in basso interessa la semicirconferenza posteriore del forame cerebrale, ai lati arriva fino alle prime cellule ma-

stoidee che non devono venire aperte, e in alto sorpassa di due dita trasverse il seno trasverso. Questo, dal lato in cui risiede il tumore, vien sezionato fra due legature. Ribattimento di un ampio lembo durale. Previa puntura del ventricolo attraverso il corno posteriore, si solleva in alto il polo posteriore dell'emisfero cerebrale mettendo bene in luce il tentorio che viene sezionato nella sua porzione avascolare fino quasi a livello della punta della piramide del temporale.

Riesce allora facile e non traumatizzante il divaricamento e il sollevamento del lobo cerebellare; l'angolo pontocerebellare è ben accessibile.

L'esperienza ha dimostrato che la sezione del tentorio non ha una importanza pratica. Nella stazione eretta manca qualsiasi compressione sul cervelletto, sul ponte e sul midollo allungato come si potrebbe ammettere

L'A. ha operato con questa tecnica tre casi, tutti sopravissuti all'intervento.

Nel primo caso non trovò nulla di patologico: dopo l'operazione i sintomi che avevano fatto pensare al tumore dell'angolo sparirono completamente.

Nel secondo caso si trattava di una cisti che occupava tutto il lobo cerebellare probabilmente secondaria a un glioma.

Nel terzo caso esisteva un neurinoma cistico e una dilatazione cistiforme a diverticolo del recesso laterale del IV ventricolo. Questo malato morì alcuni mesi dopo l'intervento per tubercolosi polmonare bilaterale.

P. Valdoni.

Paralisi bilaterale dei ricorrenti e sindrome di Claude Bernard-Horner nel corso di un cancro dell'esofago.

(J. Rebattu. *Le Journ. de Méd. de Lyon*, 20 luglio 1932).

Il cancro dell'esofago può, nel corso della sua evoluzione, comprimere o inglobare i diversi tronchi nervosi che decorrono nelle sue vicinanze traversando la regione cervicale. Il n. ricorrente, per la sua situazione nell'angolo diedro formato dell'esofago con la trachea, è il più esposto, ma mentre la paralisi unilaterale è assai frequente, quella dei due ricorrenti è molto più rara.

Il pneumogastrico, il frenico, il laringeo superiore e il simpatico cervicale possono essere ugualmente interessati e allora o si tratta di compressione da parte del tumore primitivo, ovvero di un inglobamento dei tronchi nervosi nei gangli neoplastici viciniori.

È eccezionale che molti tronchi nervosi vengano colpiti simultaneamente e per ciò l'A. riporta il caso di un cancro dell'esofago con disfagia progressiva che molto tardivamente si accompagnò a turbe disfoniche per paralisi delle due corde vocali e in seguito ancora ad una sindrome di Claude Bernard-Horner (enoftalmo, restringimenti della rima palpebrale, miosi).

Il cancro dell'esofago occupa il primo posto nell'etiologia delle paralisi bilaterali dei ricorrenti; vengono in seguito le lesioni della tiroide (gozzo e cancro), l'aneurisma dell'aorta, le diverse adenopatie, la pericardite.

La paralisi dei ricorrenti può avvenire bruscamente come un vero ictus laringoplegico, ovvero installarsi, in due tempi.

È eccezionale che lo specchio laringeo mostri un'imagine assolutamente simmetrica; le corde, inegualmente paralizzate, non hanno il medesimo aspetto nè la stessa situazione in rapporto alla linea mediana.

È da aggiungere poi che se la paralisi unilaterale è stata osservata nelle diverse localizzazioni in altezza del cancro dell'esofago, la paralisi bilaterale dei n. ricorrenti è l'appannaggio delle localizzazioni alte, interessanti il terzo superiore.

I ricorrenti non sono i soli tronchi nervosi che possono essere interessati dal cancro dell'esofago e senza parlare delle complicazioni dovute a metastasi centrali (radicolari o midollari), si possono constatare disturbi derivanti dalla compromissione del vago, del frenico, del laringeo superiore, del gran simpatico.

La compressione del vago può dare forme dolorose, pseudoanginose con crisi di dispnea e di angoscia e talora con vomiti, aritmie ecc.

La lesione del n. laringeo superiore produce l'anestesia della mucosa laringea con disturbi della deglutizione, gli alimenti potendo penetrare nel vestibolo laringeo privato della sua sensibilità.

Il simpatico cervicale infine può essere compresso da masse gangliari profonde: una compressione leggera può dare soltanto un po' di miosi mentre la compressione più forte, prolungata, interessante il tronco nervoso nella sua totalità, può dare al completo la sindrome di Claude Bernard-Horner: enoftalmo, restringimenti della rima palpebrale, miosi e talora turbe circolatorie e sudorali. La sindrome in parola può essere data da lesioni del midollo dorsale a livello del centro cilio-spinale, da lesioni ponto-bulbari che interessino la formazione reticolata grigia per cui passano vie simpatiche, e il più sovente da compressione del simpatico cervicale per opera di esostosi, aneurismi, tumori, ecc.

E. Antoniazzi.

VASI SANGUIGNI.

Varici che simulano un'ernia crurale.

(A. P. Vastola. *Medical Times and Long Island Medical Journal*, novembre 1932).

Gli errori nella diagnosi sono sempre causa di dispiacere, ancora maggiormente quando la confusione è prodotta da lesioni che sembrarono subito evidenti. Il chirurgo ferma la sua attenzione sulle malattie più comuni in una

certa regione, e può dimenticare che lo stesso quadro clinico può essere presentato dalla lesione di organi o tessuti vicini. Questa tendenza spiega la frequenza con cui le varici nella regione femorale sono interpretate come ernia crurale.

La diagnosi differenziale tra una varice nel triangolo di Scarpa ed un'ernia femorale non è difficile. Nonostante ciò le due lesioni sono spesso confuse, e questo in parte dipende dal fatto che le due tumefazioni si trovano nella stessa regione; inoltre tutte e due tendono ad aumentare progressivamente il volume, a trasmettere un impulso con la tosse. Dolore, vomito, irreducibilità sono sintomi comuni all'ernia crurale strozzata ed alle varici trombizzate. Se il sacco erniario contiene un'ansa intestinale la percussione dà un suono timpanico e la riduzione dell'ernia produce un rumore di gorgoglìo; mentre la percussione di una varice trasmette un impulso a valle nella vena safena interna. Bisogna ancora notare che le difficoltà di una diagnosi corretta aumentano se il sacco erniario contiene la vescica o un diverticolo di essa. In questo caso la tumefazione ricompare subito appena cessata la compressione, e, se la vescica contiene urina, si potrà ascoltare — per la fuoriuscita del liquido — lo stesso rumore che alcuni autori ritengono patognomonico delle varici.

Un segno patognomonico di varice della porzione alta della safena interna, segno invariabilmente presente, è stato trascurato da coloro che si interessano dell'argomento. Giacendo il paziente in decubito supino con l'arto elevato si comprimono le vene superficiali dell'arto dall'estremo distale verso l'anello femorale; la tumefazione aumenterà di volume se è una varice della safena e resterà invariata se si tratterà di un'ernia.

L'autore riferisce tre casi di varici della vena safena interna operati come ernia crurale e diagnosticati solo al tavolo operatorio.

R. MARTONE.

Un caso di panvascularite acuta con disturbi del metabolismo del calcio.

(BRÉCHOT e PERGOLA. *La Presse médicale*, 1932, n. 80).

Il caso studiato dall'A. si mostra interessante perchè accompagnato da sintomi inabituali e da una evoluzione spontanea verso la guarigione.

Si trattava di un manovale di 26 anni ricoverato per violenti dolori parossistici nell'arto inferiore destro con impotenza funzionale assoluta. L'arto è edematoso, con placche nerastre sul dorso del piede e sulla faccia posteriore ed interna della gamba, con numerose flittene a liquido sterile, con ipertermia locale. Si percepisce il batti della femorale comune, non quello della tibiale posteriore a causa dell'edema: nel triangolo di Scarpa un cordone fa presumere la presenza della vena femorale. L'oscillografia mostra una diminuzione dell'indice a destra (per l'edema). Cuore nulla; polso regolare. Temperatura: 38°, 38.5. Iperestesia di tutto l'arto inferiore destro. Nulla a carico del liquido cefalo rachidiano, nulla a carico dei polmoni. Emocultura e W. R., negative. Glicemia: 1,20; Urea: 0,25; g. r. 460.000; g. b. 13.000; formula normale press'a poco. Colesterina gr. 2,90; lipoidi totali g. 10; protidi totali g. 78; serina g. 40; globulina g. 38. Rapporto serina-globulina 1,05.

Alla radiografia non si riescono a mettere in evidenza le arterie presumibilmente calcificate ed invece con sorpresa si nota una decalcificazione intensa delle estremità ossee. L'aspetto delle ossa ricorda quali la osteomalacia od una iniziale osteosi paratiroidea. Lesioni con vere caverne si trovano al collo del piede, a sinistra a carico del tarso posteriore, del tarso anteriore, dei metatarsi. Lesioni si trovano a carico delle ginocchia specie della rotula, delle articolazioni coxofemorali specie di destra, minori lesioni a carico delle ossa degli arti superiori.

Questa decalcificazione delle estremità articolari porta a dosare il calcio nel sangue. Si ottiene: per la calcemia: calcio totale, 0,114; calcio ultra filtrabile, 0,056. Cioè leggera ipercalcemia. Come débit teorico calcico nelle 24 ore si ha 0,238, cifra non elevata. Il pH delle urine è uguale ad 8, cioè l'urina è francamente alcalina; l'evoluzione segue un andamento favorevole sotto l'azione di iniezioni di acetilcolina, di insulina, di uroformina endovenosa. I dolori si attenuano, e, dopo un lieve peggioramento, diminuisce l'edema, le zone in sfacelo si delimitano. In questo periodo compare edema a carico dell'arto inferiore sinistro, non vi si accompagna però ulcerazione e sfacelo dei tessuti.

Anche a sinistra i fenomeni regrediscono lentamente e dopo qualche mese il p. si può considerare guarito.

Da notare che negli antecedenti del malato nessuna malattia vi era stata degna di nota, ad eccezione di un reumatismo dapprima muscolare poi articolare sofferto un paio di mesi prima dell'inizio della arterite. Si addice però all'affezione in discorso il nome di panvascularite, perchè di certo oltre alle arterie anche le vene erano colpite: non esisteva obliterazione tronculare ma di certo una trombosi arteriolare, una trombo arteriolite distale a base dei fenomeni di sfacelo: alla trombosi arteriosa si associava una trombosi venosa come era dimostrato dalla misura della pressione venosa presa con il Claude alla vena del gomito ed alla vena sottocutanea addominale destra, enormemente distesa.

La causa non poteva attribuirsi ad una setticemia, nè poteva invocarsi una malattia di Osler-Jaccoud (affezione vascolare, simmetrica, ad inizio brusco, ad esito favorevole). Nè può essere ammessa una periarterite nodosa: la

malattia di Buerger non ha inizio brutale, massivo, non ha guarigioni rapide. Nè era in causa una sifilide od un diabete. Si può ammettere una origine endocrina: anzitutto per lo aspetto radiologico dello scheletro, e poi per l'ipercalcemia. Per disturbi endocrini ci sarebbe stato uno squilibrio del metabolismo calcico; il calcio mobilizzato si sarebbe in parte deposto sulle pareti vascolari ed un processo infettivo avrebbe scatenato gli accidenti acuti segnalati.

MONTELEONE

Contributo alla diagnosi e terapia della stenosi della vena splenica.

(E. NOBEL e R. WAGNER. *Wien. Klin. Wochenschrift*, n. 39, 1932).

L'etiologia è oscura. I sintomi principali sono l'ematemesi, l'anemia, il tumore di milza. Il sangue vomitato è talvolta scarso (pochi cucchiaini) altre volte abbondante fino ad oltre 1/2 litro; il sangue è in parte coagulato e scuro, in parte liquido e chiaro. Le emorragie avvengono da dilatazioni varicose delle collaterali della vena splenica in cui il deflusso è impedito. Conseguenza di queste emorragie è l'anemia secondaria.

Il tumore di milza è un sintomo costante. La milza è dura, questo è dovuto alla progressiva fibrosi dell'organo. Caratteristica è la grande variabilità del volume della milza: appena palpabile immediatamente dopo l'emorragia, essa si ingrandisce poi rapidamente fino a raggiungere ed anche a superare la linea ombelicale trasversa. Un importante segno di emorragie quando manchi l'ematemesi, è l'aspetto piceo delle feci.

La diagnosi differenziale più importante è quella con la malattia di Banti. In questa esistono però tre stadi caratteristici, nell'ultimo dei quali si sviluppa un'abbondante ascite; invece nella stenosi della vena splenica l'ascite o manca oppure è scarsa o transitoria.

La terapia è in parte sintomatica in parte etiologica. La cura etiologica consiste nella splenectomia: questa è assolutamente indicata in tutti quei casi in cui emorragie pericolose si susseguono a brevi intervalli. Non sempre però la splenectomia cura radicalmente la malattia, perchè in alcuni casi il trombo non risiede nella vena splenica ma più centralmente, vicino all'imbocco di questa nella vena porta e talvolta persino nella vena porta stessa. La cura sintomatica consiste in trasfusioni di sangue: queste sono necessarie sopratutto in casi in cui l'anemia secondaria sia forte. Si raccomandano ripetute trasfusioni di piccole quantità di sangue citratato, perchè le trasfusioni abbondanti, specialmente se fatte subito dopo una ematemesi, sono facilmente seguite da una nuova ematemesi.

R. POLLITZER.

L'uso della manovra di Rehn nella embolectomia dell'art. pulmonalis.

(BUNÉ. *Br. Beit. z. Kl. Chir.*, 156-2).

L'ostacolo più grave che si oppone al successo nella operazione di Trendelemburg è rappresentato dai danni, per lo più letali, che vengono portati al cuore e al cervello dalla prolungata chiusura contemporanea dell'aorta e della polmonare.

Secondo Trendelemburg, il tempo massimo di durata di tale chiusura compatibile con la vita è di 45 secondi.

Rehn propose, nelle operazioni sul cuore, di comprimere le due vene cave e l'atrio destro allo scopo di avere il cuore vuoto di sangue, e dimostrò sperimentalmente che il cane può sopportare senza gravi danni fino a 10' la compressione delle due cave o dell'atrio.

L'A. ha pensato che tale manovra di Rehn fosse utilizzabile anche nella embolectomia della polmonare e con esperimenti sui cani, nei quali ha alternativamente provato la chiusura delle due arterie e quella delle due vene cave, ha dimostrato che durante la manovra di Rehn:

1) la pressione sanguigna non cade così in basso come per la compressione dell'aorta e dell'art. polmonare;

2) l'attività del cuore si conserva molto a lungo, anche se più debole; il cuore non si distende e non viene sopraffaticato come nella compressione delle due arterie;

3) il cervello viene scarsamente danneggiato;

4) l'art. polmonare rimane completamente vuota di sangue, e il tempo di ischemia può essere prolungato, senza grande pericolo per l'attività cardiaca, fino al doppio e al triplo del tempo consentito dalla compressione delle due arterie.

In base a tali dati sperimentali, l'A. propone la seguente tecnica operatoria, studiata finora solo sul cadavere. Incisione longitudinale lungo il margine sin. dello sterno dal manubrio, presso l'inserzione della 1ª costa, fino all'inserzione della 5ª cartilagine costale; incisione perpendicolare alla precedente lungo la 3ª costa per 10 cm. Preparazione dei due lembi cutaneo-muscolari fino al piano costale. Resezione della 2ª, 3ª, 4ª costa per 6-8 cm. a partire dal margine sternale. Doppia legatura dell'a. mammaria. Spostamento verso sin. del seno pleurico, che non è necessario aprire. Apertura longitudinale del pericardio tanto ampia da permettere l'ingresso della mano sin. dell'operatore. Questi scivola con la palma della mano sin. sulla superficie posteriore del cuore e afferra tra indice e medio la vena cava inferiore e superiore. In tal modo la punta dell'indice solleva un po' le due arterie

aorta e polmonare, mentre con la destra l'operatore può eseguire l'embolectomia.

I punti di sutura sulla parete dell'arteria saranno legati da un assistente.

La compressione delle due vene può anche venire eseguita con un laccio di gomma messo in posto con la sonda di Trendelemburg.

P. STEFANINI.

Embolectomia dell'aorta addominale a livello della biforcazione, seguita da guarigione.

(USADEL. *Der Chirurg.*, vol. 3°, n. 23).

L'A. osserva che l'embolectomia dell'aorta addominale seguita da guarigione senza cangrena è rarissima.

L'osservazione dell'A. sarebbe la quarta pubblicata. Essa riguarda una donna di 44 a. già operata di nefrectomia destra per embolia dell'arteria renale con infarto emorragico del rene. Dopo circa 20 giorni dall'intervento la inferma fu colta da un violento dolore al basso ventre con rapida comparsa di una paralisi agli arti inferiori, scomparsa della sensibilità e del polso arteriale a livello degli arti inferiori e dell'aorta addominale. Diagnosticata un'embolia dell'aorta si interviene con una incisione lombo inguinale. Per via estraperitoneale si giunge nell'aorta che si sente pulsare solo fino a quattro dita al disopra della biforcazione. Arrestata la circolazione con un laccio, si incide l'aorta e la parte inferiore dell'iliaca sinistra per 3 cm. Si estrae così un grosso embolo e si pratica l'arteriorrafia con seta paraffinata. Non vi furono postumi di alcun genere e dopo circa 25 giorni l'ammalata lasciò la clinica guarita.

L'A. naturalmente fa le sue riserve sugli esiti lontani per la possibilità di nuovi fenomeni embolici.

A. CALCAGNI.

MISCELLANEA.

L'angiomatosi emorragica familiare.

(CH. AUBERTIN, R. LÉVY, M.me BACLESSE. *La Presse Médicale*, 4 février 1933).

Gli AA. descrivono con questo nome o con quello di « malattia di Rendu-Osler » un'affezione speciale a carattere ereditario o familiare, a evoluzione progressiva, emorragipara, che per non aver nè ritardo nel tempo di coagulazione nè prolungamento di quello di emorragia deve essere distinta dall'emofilia e dall'emogenia. D'osservazione poco comune, appena 83 osseravzioni dettagliate nella letteratura mondiale, ha netto il carattere ereditario e familiare: si trasmette egualmente bene nei due sessi con una leggera predominanza femminile. Nessuna causa predisponente accertata. La malattia che inizia in gioventù percorre schematicamente due tappe successive, una prima emorragica pura che va dall'infanzia fino all'età di 20-30 anni e una seconda caratterizzata dall'apparizione o almeno dal pieno sviluppo di teleangettasie e dalla recrudescenza delle emorragie. Nella prima tappa le epistassi costituiscono per molto tempo la manifestazione predominante o esclusiva. Iniziano nella seconda infanzia o al momento della pubertà solamente, talora sui 19 o 20 a. ed eccezionalmente più tardi. Prima isolate e poco abbondanti tendono ad aumentare di frequenza e d'intensità, talora spontanee, talora provocate da traumatismi minimi. Eccezionalmente però conducono ad uno stato anemico manifesto. Da notare anche, nelle bambine, l'estrema rarità delle metrorragie e delle menorragie. Fin da questo stadio è facile pensare che esistano già delle anomalie vascolari o anche delle teleangettasie, che del resto sono state notate in bambini sofferenti di epistassi, nella cui ascendenza erano stati casi completi di questa malattia. Il secondo stadio, l'angiomatosi emorragica propriamente detta, non si manifesta nettamente, nel maggior numero dei casi, altro che fra i 20 e i 30 anni. Le telengettasie cutanee o mucose appaiono o si sviluppano progressivamente o per poussées successive, assumendo aspetti diversi, che per lo più coesistono in uno stesso malato, e che vanno da piccole reti di capillari più o meno dilatati fino a noduli neviformi della grandezza di un pisello. Il numero di questi elementi varia da una dozzina a un centinaio. Le telengettasie cutanee risiedono principalmente a livello della faccia: negli arti si notano sopratutto a carico degli avambracci e delle dita, mentre sono rare negli arti inferiori. Le mucose più colpite sono la mucosa del cavo orale, del faringe e del laringe, e la mucosa nasale: meno frequenti sulla mucosa bronchiale, su quella gastrica, su quella anale o rettale. Detti angiomi sono indolenti ma in alcuni periodi divengono più tesi, talora dolorosi, turgescenti, facili a sanguinare. Essi non rappresentano la sola tara vascolare di questi malati, che spesso soffrono anche di varici agli arti e di emorroidi. Con lo svilupparsi dell'angiomatosi si esagerano le manifestazioni emorragiche del primo stadio. Le epistassi si fanno più frequenti e più abbondanti, accompagnandosi ad altre emorragie in rapporto con le localizzazioni dell'angiomatosi: emorragie dagli elementi cutanei, dagli angiomi mucosi esterni e più raramente emottisi, ematemesi, metrorragie. Per il ripetersi di queste perdite si stabilisce un'anemia postemorragica anche di grado accentuato. Da notare che mancano tutti i segni dell'emogenia e dell'emofilia. Per quanto si riferisce a fegato e milza, solo in pochi dei casi descritti si parla di epato o splenomegalia. Dallo studio ematologico di questi malati, a parte i segni dell'anemia secondaria, non si deduce, nella maggior parte dei casi, alcuna anomalia sanguigna. Circa l'evoluzione e la prognosi, in generale le teleangettasie e

le emorragie tendono ad aggravarsi con l'età. L'evoluzione verso il miglioramento sembra rara. L'aggravamento abituale è in rapporto con la ripetezione e l'importanza delle emorragie, che possono condurre a morte, sia per anemia acuta, che per anemia progressiva. In ogni modo l'esito letale a scadenza più o meno lunga sembra relativamente raro. Oltre alla forma tipica descritta della malattia di Rendu-Osler, se ne possono isolare numerose altre: le forme precoci o infantili, le forme tardive, le forme digestive e le forme fruste, rispettivamente senza emorragie o senza teleangettasie. Dal punto di vista istologico gli angiomi risultano costituiti da cavità, come laghi sanguigni, situate nello strato papillare e sottopapillare del corion, a parete fatta da un solo strato endoteliale, circondato da un sottile strato connettivo lasso, senza fibre elastiche nè muscolari. Dallo studio critico sulla natura della malattia in questione sembra che essa non comporti generalmente nè tare pasmatiche nè tare epatiche, ma che sia invece essenzialmente caratterizzata dall'esistenza di tare endoteliali: angiomi, varicosità, varici, emorroidi, realizzanti lo « status varicosus » di Curtius. Queste tare determinano una fragilità vascolare che è il punto di partenza dell'emorragia. La diagnosi non è difficile che nel periodo preangiomatoso in cui si pensa per lo più alle epistassi banali dei bambini, all'emofilia, all'emogenia. Solo la nozione dell'eredità e il reperto di piccole tare vascolari potranno indirizzare alla giusta diagnosi. La cura consiste sovrattutto nell'opporsi allo sviluppo e alla rottura degli angiomi mediante agenti fisici (cauterizzazione, elettrocoagulazione, neve carbonica, ecc.). Poco efficace il trattamento antiemorragico. Contro l'anemia preparati ferruginosi, epatoterapia e eventualmente trasfusioni.

RUBEGNI.

La pressione colloido-osmotica e la questione dell'edema.

(W. M. BENDIEN e I. SNAPPER. *Klin. Wochsc.*, 11 marzo 1933).

Se quasi unanime è ormai il consenso sul rapporto fra pressione osmotica delle proteine del siero e formazione degli edemi, non mancano però alcune osservazioni di casi in cui il dileguarsi di un edema non si accompagna ad un aumento della p. c.-o. che rimane invece su valori straordinariamente bassi; ed è noto che nelle nefriti e nelle stasi circolatorie l'edema compare senza che la crasi proteica del sangue subisca (almeno primitivamente) alcuna alterazione, senza quindi che la p. c.-o. scenda sotto la norma.

Bendien e Snapper pensano assai giustamente — e sono in ciò d'accordo con tutti gli AA. — che non si debba soltanto considerare la p. c.-o. nella patogenesi dell'edema, ma vada data grande importanza alle condizioni della parete capillare, per quanto si riferisce alla sua permeabilità per le proteine. E, cercando di verificare sperimentalmente tale concetto, trovano che usando in un comune osmometro membrane lievemente permeabili alle proteine, si osservano valori di p. c.-o. che sono molto inferiori a quelli osservati usando — come di solito si fa — membrane completamente impermeabili. E — ciò che ha la massima importanza — la diminuzione della p. c.-o. osservata non è affatto spiegabile con la piccolissima perdita di albumina attraverso la membrana (nel liquido esterno si trova infatti soltanto dall'1 al 2 ‰ di proteine, mentre la p. c.-o. cade ad esempio da 380 a 98 mm.).

Deriva da questa osservazione che i valori di p. c.-o. ottenuti con i nostri apparecchi che usano membrane del tutto impermeabili alle proteine, e dei quali si erano finora serviti tutti gli AA. che si sono occupati dell'argomento, o calcolati con i vari coefficienti noti dalla composizione proteica del siero, non possono essere come tali riferiti al reale equilibrio idrico nell'organismo. E precisamente se osserviamo che proprio in quelle condizioni in cui sembra stridente il contrasto tra una pressione osmotica alta e un vasto edema (stasi circolatoria, nefrite ad esempio), le pareti dei capillari sono divenute assai permeabili (ciò che deduciamo dalla ricchezza di proteine dei liquidi di edema), dobbiamo concludere che in realtà nell'organismo la p. c.-o. ha un valore effettivo assai inferiore a quello osservato. Ciò che permette di spiegare l'apparente contrasto. Così pure potremo interpretare i casi in cui al dileguarsi di un edema non corrisponde un miglioramento della crasi proteica del siero e un aumento della p. c.-o. pensando che qui le pareti dei capillari si rendono quasi del tutto impermeabili alle proteine. (Vengono dagli AA. riportate alcune determinazioni eseguite in tre di tali casi).

E dobbiamo infine ammettere che anche in condizioni normali, dato che sembra ormai stabilito che anche fisiologicamente i capillari siano permeabili alle proteine, i valori ottenuti da sieri di individui sani non siano la esatta espressione del reale comportamento della p. c.-o. di quei sieri nell'equilibrio idrico dell'organismo.

PUDDU.

Nuovo orientamento pratico di cura dello shock emolitico da trasfusione sulla base di ricerche sperimentali.

(HESSE e FILATOW. *Zbl. f. Chir.*, n. 45, 1932).

Lo shock emolitico dopo trasfusione di sangue è una complicazione rara ma possibile, malgrado tutti gli accorgimenti. I casi gravi sono quasi sempre mortali e i diversi mezzi terapeutici attualmente in uso (cardiocinetici, salassi, iniezioni di adrenalina, diuretici alcalini)

non riescono ad impedire l'esito letale. Anche la decapsulazione renale, proposta da Barcroft, e praticata da H. e F. in un caso non riuscì a salvare il paziente.

H. e F. credono che a base dello shock emolitico da trasfusione stia un disturbo funzionale di molti organi e principalmente dei reni, per cui in ultima analisi i pazienti muoiono di insufficienza renale. La causa di questa insufficienza è da riferire a uno spasmo delle arterie renali ed infatti con la esclusione completa della innervazione centrale vasomotoria (decapsulazione renale e sezione del simpatico) si riesce a scongiurare gli accidenti dello shock emolitico.

Ma questo è certamente un intervento grave che non può essere praticato in malati che sono in condizioni precarie.

Le attuali ricerche di H. e F., sui cani, riguardano lo studio della pressione sanguigna e del volume del rene, con metodi grafici in rapporto alla trasfusione di sangue conservato (prelevato da 10-12 giorni) dello stesso gruppo o di gruppo diverso dopo aver provocato, lo shoc emolitico. Questa seconda trasfusione fa cessare lo spasmo delle arterie renali, causa della disfunzione renale che suole condurre a morte in pochi giorni. H. e F. perciò consigliano, in casi di shoch emolitico da trasfusione di praticare subito una nuova abbondante trasfusione di sangue di gruppo sicuramente diverso. Per non perder tempo a cercare un altro donatore sarebbe bene, secondo H. e F., che in ogni luogo in cui si pratica correntemente la trasfusione, si tenesse pronta una sufficiente quantità di sangue conservato del gruppo O, e possibilmente anche dei gruppi A e B, da adoperare subito ai primi segni di shock.

G. PACETTO.

La radioterapia delle affezioni infiammatorie.

(A. PLICHET. *La Presse Médic.*. 14 marzo 1933).

Dopo gli entusiasmi dell'inizio, che avevano fatto provare la radioterapia nelle più svariate malattie acute e croniche, sembrava che le possibilità curative dei raggi X dovessero essere limitate ad un ristretto numero di malattie. Oggi però il tempo e la pratica quotidiana rendono giustizia a questo benefico metodo di cura, la cui efficacia in un certo numero di processi infiammatori acuti e subacuti è indiscussa.

Sin dal 1902 Mayou aveva proposto ed applicato i raggi Roentgen nella cura del tracoma ottenendone brillanti risultati specialmente nel periodo iniziale, quando il tessuto granuloso non è stato ancora sostituito dal connettivo; tali risultati furono confermati da una lunga serie di autori.

Nel 1905 Musser e Edsall preconizzano la radioterapia delle polmoniti; attribuendo a tale mezzo dei miglioramenti rapidi e delle defervescenze brusche: dati difficilmente controllabili in una malattia che tali fenomeni presenta spontaneamente.

Nel 1906 Coyle e in seguito Dunbram e Ross propongono i raggi X per la cura degli antraci ma è solo nel 1926 che tale metodo prende una grande diffusione per merito di Heidenhain e Fried i quali presentarono 855 casi di affezioni infiammatorie diverse, trattati con piccole dosi di raggi. Erano casi di foruncoli, antrace, flemmoni, ascessi, eresipela, ecc. La percentuale di guarigione senza intervento chirurgico era del 76 per 100; 19 per 100 migliorarono, 5 per 100 non notarono alcun miglioramento. Inefficace era anche la cura nelle osteomieliti acute e negli ascessi criptogenetici.

Nel 1921 Netterer attira l'attenzione sull'efficacia della roentgenterapia nel trattamento della blenorragia e delle sue complicazioni: questo A. aveva ottenuto risultati mirabili nella talalgia, artrite, prostatite, spermatocistite, epididimite, ascessi parauretrali e, nella donna, nella metrite blenorragica e nella salpingo-ovarite i cui dolori scompaiano rapidamente sotto l'azione dei raggi. D'altra parte Wagner riporta 350 casi di affezioni infiammatorie ginecologiche, trattate efficacemente con piccole dosi di raggi: si trattava di peritoniti diffuse e localizzate con essudato purulento nel Douglas, infiammazioni annessiali di varia origine, flemmoni del tessuto cellulare del bacino, eczema vulvare, condilomi, estiomene della vulva, bartoliniti, infezioni della mucosa uterina. Nel la maggior parte dei casi una sola seduta d'irradiazione era sufficiente.

Pordes, nel 1927, riferisce di 300 casi di complicazioni infiammatorie di malattie dei denti e dei mascellari, trattati mediante raggi X e guariti la maggior parte dopo una sola seduta. Salomon e Blondeau riportano le osservazioni di 4 malate, guarite di setticemia puerperale mediante radioterapia. Inoltre su 55 malati affetti da processi infiammatori vari essi ottennero la guarigione in 43 e un miglioramento in 12.

Nei foruncoli l'irradiazione del focolaio, se effettuata a tempo, può provocare la regressione del processo oppure affrettare l'eliminazione del cencio necrotico e la guarigione. Più resistenti sono invece le idrosadeniti. La radioterapia poi può servire a differenziare una adenopatia semplice da una forma cronica di origine tubercolare: quest'ultima non è influenzata dal trattamento.

In quanto alla tecnica da usare tutti i vari AA. sono d'accordo: bisogna servirsi di dosi moderate di raggi X. Forse è da imputare alle dosi eccessive usate da qualche pratico il discredito che per circa vent'anni ha gravato su questo metodo di cura. In generale non bisogna applicare più del 50 % di dose eritema. La durata di esposizione deve essere di qualche minuto e le sedùte distanziate di tre a quattro giorni. È raro che siano necessarie più di tre applicazioni.

Qual'è il meccanismo di azione? Si credeva in un primo tempo ad una reazione generale di immunizzazione. Ma le osservazioni e le ricerche ulteriori hanno dimostrato che si tratta di un'azione puramente locale. È nota la proprietà distruttiva dei leucociti che hanno i raggi X: questa proprietà è infatti sfruttata per il trattamento delle leucemie. Ora ciascun processo infiammatorio richiama, com'è noto gran numero di leucociti attorno al focolaio. Questi leucociti vengono distrutti dai raggi X e pare che liberino in tal modo delle sostanze protettive, anticorpi contenuti nelle cellule stesse. Quest'azione è poi completata dalla attivazione della circolazione con apporto di altri leucociti, e probabilmente anche da una modificazione dell'equilibrio acido-base dei tessuti nel senso di un'alcalosi che neutralizza gli effetti acidi dell'infiammazione G. LA CAVA.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

E. SCHULMANN. *Études cliniques de Syphiligraphie.* Vol. in-8° di pag. 290. Masson et C.ie, Paris, 1932. Fr. 40.

L'A. raccoglie in questo volume alcuni suoi studii su diversi argomenti di sifilologia clinica, svolti con evidente competenza ed in forma brillante e vivace, la cui lettura crediamo riuscirà assai utile a coloro che desiderano dedicarsi a questa disciplina.

Il libro, edito in veste tipografica decorosa e corretta ed adorno di qualche buona figura, pur trattando di argomenti che possono sembrare distaccati fra di loro, ha in sè una certa organicità, derivante dalla sicura esperienza clinica e dalla solida base scientifica con cui l'A. ha affrontato interessanti questioni su molte delle quali l'ultima parola non è stata detta: e dall'ordine in cui è disposta la materia impresa a trattare, a cominciare dall'interrogatorio dei sifilitici e l'utilità delle nozioni cronologiche per la diagnosi ed il pronostico dell'infezione sino a problemi più complessi e più ardui, come la sifilide sierologica, l'immunità naturale ed i criterii di guarigione della sifilide, sifilide e tubercolosi nella pratica corrente, il mixedema sifilitico, ecc.

Di particolare interesse sono i capitoli sul prurito e la sifilide, sull'interpretazione della febbre nella sifilide, sulla sterilità sifilitica, ecc. nei quali, forse meglio che altrove, l'A., pur non dicendo sempre cose nuovissime, sa servirsi della sua vasta pratica di malati e delle sue qualità di brillante espositore per giungere a conclusioni alle quali tutti potrebbero sottoscrivere senza troppe riserve.

Il libro, come si è detto, si legge volentieri, talvolta anzi con vero interesse: qualità estrinseche queste, le quali, aggiunte alla bontà del contenuto, lo fanno vivamente raccomandare al pubblico medico.

V. MONTESANO.

S. LAPIERE. *Le mycosis fongoïde. Granulomes fongoïdes et sarcomes fongoïdes.* Un vol. in-8° gr. di p. 122, con 20 fig. Edit. Masson & C.ie, Parigi. Prezzo frs. 30.

La rara entità morbosa differenziata da Alibert è stata oggetto di studi contraddittori, per quanto concerne i limiti (in particolare nelle forme atipiche, senza eczema o senza tumori) e per quanto concerne la natura (notiamo che il nome prescelto non è molto felice, poichè fa pensare ad una infezione micosica; anche i sinonimi però lasciano a desiderare).

L'A. ha riunito molti dati sulla malattia, con speciale riguardo alla classificazione ed ai rapporti con le forme affini, in particolare col granuloma maligno di Sternberg-Paltauf, con il morbo di Hodgkin, con i sarcomi linfoadenici.

Egli reca anche un contributo proprio, clinico, etiologico, ematologico e sperimentale al problema.

La monografia è illustrata da varie fotografie macro- e microscopiche originali. A. P.

F. CALLOMON. *Enfermedades non venéreas de los genitales.* Un vol. in-8° di pag. 243, con 62 fig. in tavole anche a colori. J Morata, Madrid.

Il problema qui trattato si presenta frequentemente al medico pratico: un'ulcerazione ai genitali non assolutamente tipica, uno scolo uretrale senza i caratteri essenziali della blenorragia, una epididimite di natura dubbia ed altre lesioni nella zona genitale, che lasciano il medico incerto sulla diagnosi e — peggio —, secondo il suo abito mentale e le sue cognizioni in proposito, lo fanno propendere per la una o l'altra, prescrivendo talvolta cure inadatte o gettando allarmi ingiustificati.

Alla precisa conoscenza delle affezioni che possono colpire gli organi e la zona ano-genitale, alla diagnosi esatta, spesso tutt'altro che agevole, guida bene questo libro del Callomon che si presenta nella buona traduzione spagnuola del Dott. J. Gay. Sono descritte le dermatosi, le dermatomicosi della zona ano-genitale, le ulcerazioni non veneree, le malattie non veneree dell'uretra, delle ghiandole del Bartolini, del testicolo ed epididimo, del sistema linfatico dei genitali esterni, con indicazioni per il trattamento. Le belle figure sono un prezioso aiuto per l'identificazione delle affezioni.

Il lettore italiano, che non abbia sufficienti cognizioni del tedesco per leggere correntemente questo libro nella lingua originale, potrà con vantaggio avvalersi di questa buona traduzione. *fil.*

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

DIVAGAZIONI.

Manifestazioni reumatiche ed influenze solari e cosmiche.

Uno dei caratteri particolari delle forme reumatiche è costituito dalle loro variabilità ed intermittenze.

Qalunque sia la loro origine (infettiva, tossica, diatesica) e qualunque sia la loro forma neuritica, neuralgica, muscolare, artritica, tendinea, ossea, viscerale, ecc.) i processi reumatici si manifestano sintomatologicamente con crisi più o meno lunghe, più o meno distanziate, intercalate da periodi di benessere più o meno completo.

Talvolta la malattia decorre allo stato cronico con manifestazioni tollerabili, mentre di tanto in tanto si hanno esacerbazioni con accentuazioni dei fatti locali e modificazioni dello stato generale.

È verosimile che queste crisi, queste fasi di recrudescenza sono in rapporto con aumento dell'attività degli agenti patogeni interni e ad una modificazione dello stato generale del soggetto con la conseguente riduzione del potere di resistenza.

Ma non è dubbio che queste variazioni interne sono condizionate da fattori esterni.

L'influenza delle variazioni atmosferiche sulle manifestazioni reumatiche è un fatto di conoscenza comune. La sensibilità dei pazienti di reumatismo alle vicende atmosferiche è talvolta squisitissima. Molto spesso l'accentuazione del male precede la perturbazione meteorologica e costituisce quasi il segno di previsione del tempo.

In considerazione appunto di ciò, M. Faure di cui sono noti gli studi sulle relazioni tra macchie solari, patologia umana, cataclismi e fenomeni sociali, ritiene che le manifestazioni reumatiche siano solo in parte determinate dalle perturbazioni atmosferiche, e che prevalentemente esse siano in relazione con i fenomeni cosmici che condizionano le stesse variazioni del tempo.

Il fatto che le crisi reumatiche si verificano talvolta indipendentemente dal tempo, proverebbe appunto che esse sono in relazione a variazioni cosmiche che non producono perturbamenti meteorici, almeno nella regione nella quale si trova il malato.

Faure dopo osservazioni praticate per undici anni ha potuto notare che le macchie solari, passando per il meridiano in una posizione tale che il fascio delle loro radiazioni raggiunge la terra, sono accompagnate sempre dall'esplosione, di fatti reumatici acuti e sopra tutto da crisi di riacutizzazione in malati cronici.

Ma poichè tali fenomeni morbosi si manifestano anche indipendentemente dal passaggio delle macchie solari, conviene concludere che altri fattori cosmici e meteorici siano capaci d'influenzare il reumatismo.

Per lo studio di tali fatti è stato creato a Nizza (24, rue Verdi) un'associazione internazionale, l'« Institut d'Etude des radiations solaires et cosmiques et de leurs effects biologiques et pathologiques », che ha lo scopo di coordinare le osservazioni di tutti coloro che fanno ricerche al riguardo.

argo.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica Veneziana.

Seduta del 20 aprile 1933.

Presidenza: Prof. F. BRUNETTI, vice-presidente.

Un caso di encefalite morbillosa a tipo letargico.

Prof. E. GIORGI. — L'O. riferisce un caso di encefalite morbillosa osservato a Fonte di Asolo in un bambino di 11 anni; la malattia ebbe decorso gravissimo, con sintomatologia analoga a quella dell'encefalite epidemica. Espone gli studi recenti sulle encefaliti postinfettive e le attuali conoscenze sulla loro patogenesi.

Patogenesi della sublussazione tibiale nelle gonliti tubercolari.

Prof. S. MARCONI. — L'O. sulla scorta di una casistica personale ritiene che la sublussazione tibiale nelle goniliti tubercolari possa prodursi con un duplice meccanismo, di distensione articolare e di deformazione. Cause predisponenti sono rispettivamente il versamento e l'ipotonia articolare da un lato e l'alterata osteogenesi dall'altro. Cause determinanti sono l'azione retraente dei flessori del ginocchio, della capsula ed il movimento di leva della gamba. Le altre componenti della deformità (rotazione esterna della gamba, valgismo e recurvazione) sono dovute all'azione prevalente del bicipite femorale, al movimento di detorsione dei legamenti crociati, all'atrofia del terzo superiore della tibia od a un distacco epifisario.

Dott. G. MOCCIA. — *Osservazioni cliniche e radiologiche sulle distrofie meta-epifisarie giovanili in generale e sulla malattia di Osgood-Schlatter in particolare.*

Il Segretario: Dott. ALBERTO VANNI.

Società Medico-Chirurgica di Modena.

Seduta del 20 gennaio 1933.

Presidente: prof. L. VACCARI.

Prof. BOLAFFIO. — *Gravidanza tubarica a termine nella tromba intatta.*

Prof. L. RIO — *A proposito di gravidanza extrauterina a termine misconosciuta.*

Osservazioni sul pneumotorace iniziale.

Prof. GIOVETTI e dott CELLA MALUGANI. — Il prof. GIOVETTI (anche a nome del dott. CELLA) comunica interessanti osservazioni sullo strano modo di comportarsi di certi pneumotoraci, nei quali il colasso, sempre modico qualsiasi quantità di gas venga introdotta, è di breve durata, ri-

chiedendo rifornimenti frequenti. Gli OO. scartate le cause che potrebbero spiegare un tale fenomeno, pensano che essi sia da ricercarsi nelle condizioni di permeabilità della pleura. Essi in base alle osservazioni di parecchie centinaia di malati affermano che il fenomeno, sul quale richiamano l'attenzione degli studiosi, si verifica nel 7-8 %.

Ingestione di Saccharomices e attecchimento di tumori trapiantabili.

Dott. F. CORFINI. — L'O. dopo essersi trattenuto brevemente sulle radiazioni Gurwitsch e sulla loro importanza nel campo biologico, dimostra con ricerche sperimentali che l'ingestione di lievito di birra fresco (ricco di radiazioni mitogenetiche) non impedisce l'attecchimento e non ritarda l'evoluzione dell'adeno-carcinoma di Ehlirch nel topolino bianco.

Seduta del 7 aprile 1933.

Presidenza: prof. P. SISTO.

Prof. G. FAVARO. — *Processo e ligamento addominali della borsa retrocardiaca.*

Sifilide della prostata.

Prof. L. PAIS. — Per l'esiguo numero dei casi osservati di sicura sifilide della prostata e la poca conoscenza che si ha di questa in confronto di affezioni prostatiche di altra natura, e sopratutto perchè in considerazione delle difficoltà diagnostiche che essa presenta è da pensare che la sifilide della prostata sia meno rara di quanto finora sia stato rilevato, l'O. ha creduto opportuno comunicare il caso a lui occorso di osservare.

L'O. esposto il caso clinico, termina prospettando l'opportunità di dovere fare serie ricerche anamnestiche e sierologiche orientate verso il sospetto di sifilide, ogni qualvolta ci si trovi in presenza di alterazioni prostatiche di difficile diagnosi in ragione dell'età del paziente, dei sintomi generali ed urinari comuni con quelli di affezioni di altra natura, i caratteri dell'organo non essendo da soli sufficienti a determinare una individualità clinica. Quando l'esame sierologico risulti negativo, di criteri ex adiuvantibus deve essere chiamato in causa, perchè solo la cura specifica è in grado allora di risolvere la seria difficoltà diagnostica, come avvenne per la maggior parte dei casi osservati.

Discussione: DOMENICHINI, VACCARI, SISTI, BALLI.

Intorno alla manifestazione della vertebra occipitale e alla unione atlanto-occipitale.

Dott. G. PANCRAZI. — L'O. passa in rassegna, sulla raccolta osteologica dell'Istituto, i fatti anatomici che contribuiscono a costituire le due anomalie, ne discute il significato morfologico e le probabili cause.

Sulla comunicazione del dott. PANGRAZI prende la parola il prof. BALLI.

Dott. G. PANCRAZI. — *Sopra le origini di alcuni muscoli profondi dell'avambraccio.*

Dott. R. RUBBIANI. — *Intorno allo sviluppo della spina sopra meatum e delle parti molli contigue.*

Il Segretario: Prof. G. MARGRITH.

Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara.

Seduta del 1° aprile 1933.

Presidente: R. TAMBRONI.

Il salasso come mezzo di terapia di alcune amenorree.

MERLETTI. — L'O. dice che l'impiego del salasso presuppone una diagnosi precisa della patogenesi di una data amenorrea.

Secondo l'O., esso vale ad attenuare e vincere talvolta turbe conseguenti ad amenorrea da menopausa naturale ed artificiale precoce.

Può ristabilire il ritmo regolare mestruale in molti casi di amenorrea a « frigore », da causa emotiva e da cloro-anemia della pubertà.

La dose della sottrazione di sangue deve essere mantenuta attorno ai 200 grammi. Il salasso può essere ripetuto a distanza di 2 o 3 mesi.

L'O. si studia di dare una spiegazione del meccanismo biologico d'azione di tale mezzo terapeutico, di sicuro vantaggio nella pratica clinica.

Sulla comunicazione MERLETTI, discutono: BUCCIARDI, MINERBI, FRABETTI, CASATI EUGENIO.

Di un procedimento chirurgico in caso di appendicite associata a stipsi intestinale cronica.

NOBILI. — L'O., premesso che un discreto numero di appendiciti croniche ripete la sua origine da un'ectasia del cieco e da una tiflite consecutiva, espone un metodo per il trattamento di tali casi, derivato da quello di Delbet, denominato: cecoplicatio.

Isolata pertanto l'appendice dal suo meso, con una serie di plicature (due o tre al bisogno) trasversali del cieco, diminuisce lume e lunghezza del viscere, poscia asporta l'appendice con la solita tecnica.

Riferisce di 27 casi così trattati, nei quali ha avuto degli ottimi risultati, nel senso che la stitichezza ostinata di questi malati è stata vinta con soddisfazione.

Discussione: MERLETTI, CASATI EUGENIO, TAMBRONI.

Sui fenomeni d'ossido-riduzione del latte.

RAVENNA GISELLA (*ad-memoriam*) (presentata dal socio BUCCIARDI). — L'O. prende in considerazione i fenomeni di decolorazione del bleu di metilene al sole per opera del latte, in funzione del pH.

Conclude che le decolorazioni che si osservano in ambiente acido sieno da imputare ad azione batterica.

Le resistenze dei globuli rossi del bambino alle soluzioni clorosodiche. I^a nota - La resistenza dei globuli rossi del lattante alle soluzioni clorosodiche.

ORTOLANI e MIANI. — Gli OO. hanno studiato il comportamento delle resistenze dei globuli rossi alle soluzioni clorosodiche in 40 lattanti, seguendo il metodo di Viola. La prova fu eseguita, in media, tre volte per ogni bambino coi risultati seguenti lieve aumento della R., abbassamento lieve della R. 2, abbassamento notevole della R. 3 rispetto ai valori che sono riportati come normali nell'adulto, e che sono pure stati controllati dagli OO. stessi in 12 nutrici. Per 5 bambini, la pro-

va fu ripetuta anche con il metodo di Simmel. I risultati sono apparsi in perfetto accordo con quelli ottenuti con il metodo Viola.

Gli OO. hanno in fine accennato ad ulteriori esperimenti in corso, con i quali si sono proposti di studiare i vantaggi pratici di una modificazione nel metodo del Simmel, che consiste nel sostituire il dosaggio dell'emoglobina disciolta alle conte dei globuli rossi, le quali richiedono eccessivo dispendio di tempo.

Discussione: BUCCIARDI e risposta del dott. ORTOLANI.

Il Segretario: dott. E. CHIAPPINI.

Società Medico-Chirurgica di Brescia.

Seduta scientifica del 4 aprile 1933.

Presidente: Prof. U. BARATOZZI.

Regressione di tumefazioni dell'ascella dopo amputazione della mammella con bisturi elettrico per carcinoma ulcerato.

Prof. A. PELLEGRINI. — L'O. presenta una donna da lui operata di amputazione della mammella per carcinoma ulcerato nella quale dopo alcuni mesi dall'operazione si verificò la scomparsa spontanea delle tumefazioni linfatiche dell'ascella.

Non essendo stato praticato l'esame istologico dei gangli stessi l'O. non può con assoluta certezza affermare se si trattasse di vere metastasi cancerigne o di infiltrazioni infiammatorie secondarie, ritiene però probabile la prima ipotesi dato il reperto comune quasi costante delle metastasi linfatiche viciniori in simili casi. Ricorda come altri AA. osservarono la regressione spontanea delle metastasi dopo asportazione del tumore e ritiene che tale raro evento possa essere in rapporto con modificazioni del potere oncolitico dell'organismo causate dallo stesso intervento operatorio.

A distanza di undici mesi dall'operazione la palpazione dell'ascella dava ancora reperto negativo, solo nella fossa sopraclaveare omonima si palpava una piccola ghiandola che l'O. asporterà per l'esame istologico.

Frenicoexeresi omolaterale e pneumotorace controlaterale primario in soggetto affetto da grave emottisi a ripetizione.

Dott. E. FIORI. — L'O. illustra con nitide radiografie il caso di un ammalato in cui fu praticata la frenicoexeresi destra e il pneumotorace controlaterale primario per gravi emottisi a ripetizione

Si tratta di un giovane affetto da tubercolosi sclero-essudativa destra, lato sup. e medio con fatti emoftoici per cui già altre volte in precedenza fu ricoverato in Istituti sanatoriali. Fu pure tentato il pneumotorace destro che non riuscì a causa di spesse aderenze.

Ultimamente in seguito a nuove e copiose emottisi che si ripetevano quasi giornalmente fu sottoposto alla frenicoexeresi destra senza conseguirne nessun risultato. Anche i soliti rimedi medicamentosi fallirono.

Fu praticato allora dal lato sano (sia clinicamente che radiologicamente) il pneumotorace primario controlaterale ottenendone un vantaggio definitivo con l'arresto dell'emottisi, ripresa delle forze generali e con notevole miglioramento dei fatti locali.

L'O. si sofferma sulle modificazioni anatomiche e fisiologiche occasionali e meccaniche dovute alla paralisi del nervo frenico e che si esercitano sia direttamente sulla funzione del polmone e sul volume sia indirettamente sulla circolazione sanguigna linfatica e sulla innervazione.

Illustra poi il concetto di Ascoli e della sua scuola sull'applicazione prudente del pneumotorace controlaterale primario prendendo in considerazione il contegno del mediastino e il suo giuoco con le varie pressioni e finalmente studia la successione dei due interventi per trarre delle conclusioni sul risultato conseguito.

Mette in guardia che tale procedimento è di estrema delicatezza e che va corredato da esami clinici e radiologici minuziosi vagliati da severa critica per non compromettere l'esito di tale applicazione pratica.

Considerazioni ed osservazioni sulla praxis della reazione di Wassermann.

Dott. B. SPAGNOLI. — L'O. dopo aver accennato alla necessità di abbinare la reazione di Wassermann a qualcuna delle più note reazioni di flocculazione per l'esplorazione dello stato umorale di soggetti luetici o sospetti di lues, richiama l'attenzione su alcune cause di errore che presenta una metodica di reazione di Wassermann attualmente diffusa in Italia. Mette quindi in rilievo l'opportunità di attenersi per la reazione di Wasserman nalla tecnica originale o alle modificazioni della Scuola di Francoforte.

Virus varicello-zonatoso?

Dott. W. ZANNINI. — L'O., esposte le conoscenze attuali sull'erpete, tratta poi in particolare dell'Herpes zoster e della supposta correlazione con la varicella, portando un nuovo contributo clinico in appoggio della unicità del virus varicello-zonatoso.

Ne trae poscia la conclusione, che allo stato in cui siamo pare ammissibile che le due malattie siano manifestazioni morbose diverse di uno stesso virus; e che lo zoster segua alla inoculazione di un virus esaltato e la varicella invece ad un virus attenuato. *Il Segretario.*

Società di Coltura Medica Novarese.

Seduta del 6 aprile 1933.

Presidente: Prof. PAOLO PIETRA.

Dott. T. MENEGHINI. — *In tema di terapia del fibromioma dell'utero.*

Su alcuni casi di malattia emorragica a ripercussione genitale nella donna.

Prof. G. DELLEPIANE. — L'O. illustra tre casi di malattia emorragica con grave ripercussione genitale offerti da pazienti in diverse fasi di attività sessuale. Trattavasi nel primo di una forma di trombopenia essenziale cronica (Frank) complicata da intense e ribelli metrorragie che aveva portato una giovane donna in gravissime condizione di anemia acuta debellata solo dall'isterectomia. Nel secondo di una sindrome pure trombopenica insorta acutamente in donna plupara nel corso di una gravidanza: la paziente veniva a morte per anemia acuta da grave emorragia post-partum. Nel terzo caso una sindrome

emorragica con manifestazioni cutanee e mucose s'accompagnava a chiari fenomeni di tossicosi gravidica pure in donna pluripara nel corso del VI mese di gestazione. L'interruzione della gravidanza portò subitamente a guarigione la paziente.

L'O. segnala le gravi ripercussioni che le malattie emorragiche possono avere sulle varie manifestazioni dell'attività sessuale della donna e pone in evidenza l'importanza che nel determinismo e nell'estrinsecazione delle particolari forme morbose può avere il fattore gravidico. In tutti i casi studiati, accanto a chiari sintomi di fragilità vasale, fu riscontrata una trombopenia; la componente vasale è però apparsa di prevalente importanza nel caratterizzare il quadro morboso. L'O. fa seguire alcune considerazioni sulla terapia da istituirsi in casi analoghi a quelli illustrati.

Discussione: CANTONE, COSTANTINI e DELLEPIANE.

Sonno e sogni.

Dott. L. CABITTO. — L'O. accenna ad una sua teoria sul sonno che sarebbe causato da una diminuzione di tensione dell'energia nervosa. Le donne sognerebbero pertanto più degli uomini perchè meno di questi consumerebbero energia nervosa.

Segni fisici di endocrinismo nelle schizofrenie.

Dott. A. VANELLI. — L'O. a complemento di altre sue ricerche nelle disfunzioni endocrine dei dementi precoci ha ricercato su 340 schizofrenici segni somatici di endocrinismo. Queste sue ultime ricerche confermano in lui l'opinione che lo schizofrenico sia abitualmente un brachitipo, ipoanfotonico, con anergia neurovegetativa e con una disfunzione endocrina a tipo iposecretorio della costellazione ghiandolare costituita dalla tiroide, dall'ipofisi, dalle gonadi e dalle surreni.

Il Segretario: Dott. LUIGI FERRERO.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta del 1° febbraio 1933.

Presidenza: Prof. PIERI, *presidente*.

Prof. D. MASELLI. — *Sulla chininoresistenza dei malarici.*

Il metodo di Nussbaum nella cura delle ulcere croniche della gamba.

Dott. G. BOMBI. — L'O. presenta tre casi di ulcera cronica della gamba trattati col metodo di Nussbaum della incisione circolare intorno all'ulcera, e più precisamente un'ulcera varicosa e due ulcerazioni trofiche insorte su cicatrici operatorie per vasti flemmoni dell'arto, l'una e le altre trattate senza successo per vario tempo con mezzi diversi. Nei primi due si è avuta in tempo relativamente breve la guarigione completa, la quale si mantiene a distanza di tempo; nel terzo, che riguarda un'ulcerazione molto vasta, la cicatrizzazione dopo aver proceduto rapidamente per qualche tempo subì un arresto, ma l'ulcerazione reagì favorevolmente all'azione di mezzi eccitanti, e la malata viene presentata quasi completamente guarita. L'O. espone la tecnica dell'intervento ed esprime la convinzione ch'esso rappresenti un utile ausilio alla cura di queste estenuanti alterazioni. Quanto al meccanismo di azione pensa che esso debba essere ricercato in una influenza trofica della recisione delle fibre simpatiche perivasali che si portano alla regione ammalata.

Sulla cura chirurgica della pachimeningite interna emorragica.

Prof. G. PIERI. — L'O. dopo aver ricordato come sia difficile la diagnosi *intra vitam* della pachimeningite emorragica, e scarsi finora i contributi alla cura operatoria di essa, presenta un paziente in cui tale malattia fu diagnosticata solo al tavolo operatorio e il processo meningeo presentava una estensione di eccezionale vastità. Si tratta di un uomo di 27 anni che tre anni prima aveva cominciato a soffrire dolori alla regione fronto-parietale sinistra, i quali aumentarono in seguito gradualmente d'intensità, mentre si verificava anche una lenta progressiva diminuzione della vista e poi anche strabismo con diplopia. All'esame obbiettivo, all'infuori di uno strabismo per insufficienza dei retti esterni, di una cospicua papilla da stasi con inizio di atrofia e forte diminuzione del visus (specie a sinistra) e di un aumento di vivacità dei riflessi tendinei degli arti inferiori, non presentava altro di notevole.

La ventriculografia dimostrava un enorme spostamento dei ventricoli laterali verso destra (il ventricolo sinistro era respinto oltre la linea mediana).

Il 5 novembre u. s. fu praticato un gran lembo osteoplastico sulla regione parieto-occipitale sin., a scopo esplorativo. La dura era scura, tesa, ispessita; incisa, lasciò fuoriuscire gran quantità di liquido brunastro: fu così scoperta una cavità periencefalica a grande asse antero-posteriore lunga cm. 17 1/2, asse verticale lungo cm. 11 e della profondità di 3-4 cm. Vuotato dalla cavità del liquame bruno, con frustoli giallastri, friabili, fu ribattuto in *situ* il lembo. Il paziente guarì normalmente. Attualmente afferma di non soffrire alcun disturbo. Il visus è migliorato.

Dott. U. TANFERNA. — *Contributo all'anatomia patologica dell'ernia diaframmatica.*

Dott. G. LISE. — *Necessità della reiniezione antitetanica in alcuni interventi chirurgici.*

Il Segretario: G. LOCATELLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Il tumore ipoglicemizzante del pancreas.

La diagnosi « in vivo » di adenoma delle isole di Langerhans non può certo dirsi fatta di frequente, nè facile. Essa tuttavia fu posta con presunzione di sicurezza ed alcune volte ne venne constatata autopticamente la base anatomica e la realtà.

Il sintoma che deve far pensare ad una possibile lesione di tal natura, è l'ipoglicemia, con tutte le sue note manifestazioni, sopratutto le accessionali, in assenza di condizioni dietetiche o terapeutiche ipoglicemizzanti.

Cairns e Tanner (*British Med. Journ.*, 7 gennaio 1933) descrivono appunto un caso di adenoma degli isolotti del pancreas in soggetto con ipoglicemia. E ricordano i casi del genere che già furono descritti, e non sono pochi, sebbene accumulatisi solo in questi ultimi anni, dopo che Wilder, Allen, Power e Robertson ebbero descritto il loro caso, il primo, nel 1927.

Tale diagnosi non è un'inutile acrobazia diagnostica: vi sono casi in cui alla diagnosi seguì l'intervento, con successo e guarigione del paziente.

E gli AA. ne ricordano alcuni e ne riassumono le caratteritstiche.

Nel caso di cui è oggetto la presente trattazione, si trattava di una donna di 52 a., che soffriva dall'inizio del 1931 di periodici attacchi di vertigine, cui negli ultimi sei mesi di vita, si sostituirono accessi ricorrenti di vera incoscienza e la cui frequenza andò via via aumentando.

Durante tali accessi, l'unico sintoma anormale a carico del sistema nervoso era costituito da una risposta in estensione plantare agli stimoli, bilateralmente. I riflessi pupillari erano presenti e la p. poteva essere svegliata, sebbene con difficoltà. Nei periodi intervallari tra gli attacchi, la p. era in uno stato continuativo di confusione mentale, e parlava male, come se fosse stata ubriaca.

La diagnosi di sindrome ipoglicemica fu posta senz'altro, da uno degli AA., di fronte a tale quadro clinico. Il laboratorio la confermò, dando un tasso glicemico di 0,41 ‰.

All'autopsia si trovò nel pancreas un piccolo tumore ovoide, di circa due centimetri di massima lunghezza, incapsulato; la superficie di taglio era grigia ed omogenea. Il microscopio mostrò trattarsi di cellule d'aspetto e disposizioni eguali a quelli delle cellule, che costituiscono il tessuto insulare del pancreas in condizioni normali.

M. COPPO.

Tumore del pancreas con stato epilettico da ipoglicemia.

Nel caso illustrato da Theodore H. Bast-Erwing R. Schmidt e Elmer L. Serringhaus (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. LXXI, fascicoli I-VI) si trattava di un uomo di 44 anni che da due anni presentava degli attacchi epilettiformi e una ipoglicemia marcata 0,30 ‰. L'iperinsulinismo sembrava essere la causa di questi attacchi, giacchè pasti frequenti li attenuavano. All'operazione fu trovato un tumore della coda del pancreas del diametro di 2 1/2 cm. e che all'esame istologico mostrava dei segni di malignità.

Il p. migliorò e il miglioramento si mantenne soddisfacente 8 settimane dopo l'operazione.

G. GENTILE.

Xantoma multiplo. Due casi interessanti laringe e trachea e associati a diabete insipido.

Lo xantoma raramente colpisce il tratto respiratorio alto e ad esso raramente si associa il diabete insipido. Queste manifestazioni presentavano due casi (su 26 di xantoma multiplo osservati nella Clinica Mayo) che descrivono W. P. Finney, H. Montgomery e G. B. New (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 24 settembre 1932).

Il 1° caso riguardava un uomo di 27 anni in cui il diabete insipido comparve circa un anno dopo l'inizio dello xantoma. Veduto circa quattro anni dopo l'inizio della malattia, aveva voce rauca e dolore alla deglutizione. Presentava placche sollevate, giallastre sulla mucosa del palato, dei pilastri tonsillari e della parete posteriore del faringe fino all'epiglottide compresa. Per il disturbo respiratorio coesistente fu fatta la tracheotomia. Il disco cartilagineo asportato per la tracheotomia mostrava placche xantomatose. Il caso fu studiato completamente anche dal punto di vista dei componenti chimici del sangue.

Si fecero applicazioni di raggi X, si diede alimentazione scarsa di grassi, si iniettarono estratti ipofisari, ma non si ottennero modificazioni delle lesioni xantomatose.

Il secondo caso riguardava un uomo di 42 anni in cui chiazze xantomatose e diabete insipido si manifestarono alla stessa epoca. C'erano anche xantomi orali, laringei e tracheali e anche in questo caso la terapia non ebbe alcuna efficacia.

In tutt'e due i casi la sella turcica appariva radiologicamente normale.

Un caso solo è noto in cui si aveva una deposizione xantomatosa nella regione dell'ipofisi.

R. LUSENA.

Iperparatiroidismo senza tumore paratiroideo. Relazione su un caso migliorato colla paratiroidectomia parziale.

Si trattava di una donna, osservata da Lewis H. Hitzrot e Bernard I. Comroe. *Arch. of Intern. Medic.*, agosto 1932). Presentava dolori

ossei e debolezza muscolare con decalcificazione estesa dello scheletro ed ipercalcemia con eliminazione eccessiva di calcio. Si cercò un tumore paratiroideo, ma non fu trovato. Fu estirpata prima una paratiroide apparentemente normale senza nessun giovamento. Allora furono estirpate dal lato opposto due ghiandole normali e si ebbe miglioramento subiettivo con rapida ricalcificazione dello scheletro. L'ammalata ebbe tetania nel decorso post-operatorio, ma potè lasciare l'ospedale in buone condizioni e riprendere la sua vita normale in 22 settimane dopo l'intervento.

L'osteite fibrosa cistica, descritta una trentina d'anni fa da Recklinghausen, è spesso accompagnata da tumore paratiroideo, la cui importanza non fu nemmeno sospettata per molto tempo. Nel 1925 tre cose importanti si fecero: la scoperta fatta dal Collip dell'ormone paratiroideo, che fu preparato in estratto potente, l'osservazione di Mandl che l'innesto di paratiroide peggiora l'osteite fibrosa cistica, mentre l'estirpazione di un adenoma paratiroideo la guarisce, e poi lo studio dei rapporti fra ricambio numerali e paratiroidi fatto da Aub.

L'iperparatiroidismo può essere diviso clinicamente in due tipi: un tipo con tumore benigno (raramente maligno) paratiroideo e uno senza tumore, con iperattività funzionale ed iperplasia della ghiandola. Nel primo tipo c'è calcemia alta, bilancio negativo del calcio e decalcificazione ossea, che vanno di pari passo con l'aumento del tumore. Il secondo tipo è ancora poco chiaro. Nel primo tipo l'estirpazione del tumore dà risultato sicuro. Nel secondo tipo, con l'estirpazione di due paratiroidi apparentemente normali, ha avuto buoni risultati sintomatologicamente, ma non nel metabolismo il Richardson, mentre nessun beneficio ebbero Dresser e Hampton.

Leriche ha trovato ipercalcemia in alcuni casi di artrite anchilosante ed ebbe miglioramento sintomatico estirpando una paratiroide apparentemente normale.

Buon successo clinico ebbero Ballin e Morse estirpando ghiandole normali nell'iperparatiroidismo. R. LUSENA.

TECNICA DI LABORATORIO.

Valore attuale della gonoreazione.

Barbellion e Lebert (*Journ. d'Urol.*, febbraio 1933) rilevano che la gonoreazione, simile alla reazione di Wassermann, ha per scopo di mettere in evidenza gli anticorpi specifici nel siero sanguigno dei soggetti affetti da blenorragia. Proposta da Müller ed Oppenheim nel 1906, è stata poi bene studiata da Rubinstein, Gauran, Bezançon, Léri e Urbain, Zende, Gardner e Clowes, Priestley e Dixou, ecc.

L'antigene che si usa per la reazione deve provenire da numerosi stipiti di gonococchi trattati con agenti chimici.

La reazione viene fatta con la stessa tecnica necessaria per la reazione di Wassermann.

Gli AA. hanno sperimentato la gonoreazione su numerosi malati della Clinica di Necker sottomessi nello stesso tempo a tutti gli esami clinici e batteriologici possibili per ottenere il massimo controllo. Essi giungono a concludere che la gonoreazione « se non ha un valore assoluto, nei casi di epididimite dubbia, nel reumatismo senza etiologia netta e sopratutto nella gonococcosi femminile, l'esame sierologico praticato parallelamente agli esami clinici e batteriologici contribuisce fortemente a precisare la diagnosi ».

Questa reazione compare verso la terza settimana dall'inizio di una infezione gonococcica; è sempre positiva nel corso di complicazioni, specialmente articolari; ma può essere data da una iniezione di vaccino antigonococcico, e restar positiva anche due mesi dopo la guarigione della malattia.

Essa è negativa nelle uretriti non gonococciche, mentre è positiva durante la gravidanza e nei soggetti con Wassermann positiva.

Questa reazione ha grande valore per la constatazione della diagnosi di guarigione della blenorragia nella donna, sempre difficile ad affermare.

In conclusione, se una gonoreazione negativa non ha un valore assoluto, ma gonoreazione positiva, unita ad argomenti clinici, sarà un indice di alto valore, che non va mai trascurato. LOZZI.

Dimostrazione della presenza dei bacilli tubercolari nelle cavità sierose del corpo a mezzo di terreni di coltura liquidi.

A. Axen (*Klin. Woch.*, 7, 1933) è riuscito a coltivare il bacillo di Koch in brodo misto a zucchero nella proporzione dell'1 %; tra i 20 e i 30 giorni dalla cultura, l'A. ha visto la formazione di un sedimento granuloso che, verso il quarantesimo giorno, si è dimostrato costituito di finissimi granuli, rappresentanti ognuno una colonia pura di bacilli tubercolari.

Il liquido soprastante non si è mai intorbidato, nè è stato mai osservato uno sviluppo dei bacilli alla superficie: si tratta dunque di una coltura puramente in profondità, limitata cioè agli stati più profondi del liquido. L'A. richiama l'attenzione sull'interesse e sulla praticità di queste sue ricerche. V. SERRA.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Il secreto accessorio dello stomaco.

G. Katsch (*Münch, Med. Woch.*, 18, 1933) ritiene ormai come certo, in base alle ricerche praticate da tempo nella sua Clinica, che accanto ai tre tipi più noti di cellule funzionanti, se ne trovi nella mucosa gastrica un quarto,

detto delle cellule accessorie. Esse secernono un quarto diverso fermento, il cosidetto « secreto accessorio » che, accanto alla pepsina, all'acido cloridrico e alla mucina, costituisce parte integrante del succo gastrico.

Questo secreto accessorio è costituito da un liquido salino assai tenue, il cui contenuto in sali supera quello sanguigno; esso contiene anche sostanze azotate, amminoacidi, fosfati e colloidi. La sua quantità e la sua composizione dipendono direttamente dallo stato del ricambio generale idro-salino.

La sua funzione sarebbe essenzialmente regolatrice della acidità gastrica, nel senso che esso diluirebbe opportunamente, e secondo il bisogno, la curva di acidità; in modo che, in condizioni normali, tra questi e la quantità di succo escreto esista una relazione sensibilmente costante.

Si comprende come le alterazioni di questa secrezione accessoria si rivelino sopratutto con le modificazioni delle curve di acidità: secondo l'A. esse sarebbero utilizzabili per una diagnosi precoce delle malattie gastriche.

V. SERRA.

Ulcera peptica nelle cavie nutrite con dieta carenziale di vitamina C.

Smith e McConey (*Arch. int. Med.*, marzo 1933), dopo aver ricordato i rapporti che legano l'insorgenza dell'ulcera peptica alle condizioni dietetiche e alle influenze stagionali, e le ricerche sperimentali condotte in questo campo da McCarrison, riferiscono i risultati da loro ottenuti esaminando un vasto numero di cavie, tenute sperimentalmente ad un vitto povero di vitamina C.

Nel 25 % dei casi, essi hanno osservato la comparsa di ulcere peptiche che, per la loro sede, il volume e l'aspetto microscopico, ricordano in tutto quelle dell'uomo.

La carenza di vitamina A, B e D non si è mostrata in grado di determinare analoghe alterazioni.

Lesioni meccaniche indotte nella mucosa del duodeno in cavie trattate con regime carenziale hanno dato luogo a vere e proprie ulcere, mentre lesioni analoghe, in animali a vitto normale, sono guarite.

V. SERRA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Significato clinico dell'azotemia e della glicemia. — Al dott. D. B. G.:

Notizie particolaggiate sul valore clinico dell'azotemia e della glicemia troverà nei trattati (o nei singoli capitoli dei trattati di patologia) riguardanti rispettivamente le malattie renali e quelle della nutrizione (diabete). Nelle ultime annate del *Policlinico* tali questioni sono state più volte trattate (veda gli indici delle annate ai rispettivi titoli).

Riporto qui qualche indicazione in proposito.

Azotemia. La sindrome clinica è connessa con la ritenzione di sostanze azotate nel sangue. Si usa come indice di azotemia la quantità di urea contenuta nel sangue. Normalmente se ne trovano g. 0,25-0,35 ed anche fino a 0,50 per litro di sangue. La prognosi della ritenzione azotata (che si osserva nelle malattie renali) è, fino ad un certo punto, in rapporto con la quantità di urea nel sangue. Secondo Widal, da 0,50 ad 1 grammo si ha la zona d'allarme: azotemia che può abbassarsi col regime, ma può permettere l'esistenza anche lunga. Oltre 1 grammo, si entra nella zona di gravità; oltre 2, la sopravvivenza è breve, oltre 3, la morte è prossima. Si tratta, però, di dati approssimativi, che non hanno nulla di matematicamente preciso, tanto che si citano casi di azotemia di oltre 4 grammi, in cui si è avuta una sopravvivenza anche di un paio d'anni.

Glicemia. Normalmente, il glucosio si trova nel sangue in quantità di 10 a 12 per 1000. Quando gli idrati di carbonio sono imperfettamente utilizzati, essi si accumulano nel sangue e nei tessuti; allorchè arrivano alla proporzione del 20 per 1000, si oltrepassa la soglia renale e si ha la glicosuria.

Il disturbo dei diversi meccanismi che regolano la glicogenesi (sistema nervoso, pancreas, ghiandole endocrine) può provocare variazioni nella glicemia, la quale può anche avere variazioni fisiologiche, in rapporto con i pasti, le emozioni, il lavoro muscolare.

La causa principale di *iperglicemia* è il diabete. Altre malattie si possono accompagnare a disturbi nella glicoregolazione, pure avendosi generalmente glicemia normale a digiuno; tali sono: il morbo di Basedow, le cirrosi epatiche, l'obesità, l'ipertensione arteriosa, ecc.

Vi sono, poi, degli stati di ipoglicemia costante, in cui però il rapporto fra i sintomi e l'abbassamento della glicemia è discutibile.

fil.

VARIA.

Il potere radiante del gesso negli apparecchi chirurgici.

G. Viale (*Accad. Medica* n. 12, 1932) riferisce come, avendo osservato che la cute degli arti apparecchiati si presenta pigmentata, pensò si potesse trattare di un'azione radiante, originata da semplici reazioni chimiche.

Espose per ciò alla distanza di 2 mm. una sensibilissima lastra fotografica all'azione di placche di gesso che stavano in presa, ed ebbe una nitida impressione che riproduceva la forma delle placche. L'A. pone dei quesiti per la spiegazione di questo effetto fotografico.

R. GRASSO.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Il prezzo dei giornali medici.

Sotto questo titolo gli « Annali d'Igiene » (allegato al n. 4, aprile 1933) recano quanto segue:

Il *Journal of the American Medical Association* — che non è soltanto il più diffuso e accreditato periodico di medicina dei nostri tempi, ma anche uno dei meglio redatti e dei più utili — in un articolo redattoriale pubblicato nel numero del 1° aprile, si occupa del prezzo dei giornali medici.

Quale criterio concreto di valutazione, considera il prezzo di abbonamento annuo in rapporto al numero delle pagine e, quindi, *il costo di una pagina di stampa*, riferendosi all'annata 1932.

Naturalmente, non vengono presi in considerazione i giornali a tipo pubblicitario, quasi sempre offerti gratis o ad un prezzo irrisorio e fittizio.

Tra i giornali settimanali a larga diffusione presi in esame, risulterebbe che proprio il *Journal of the American Association* è il più economico: il prezzo di una pagina, tradotto in valuta italiana al cambio del 1° aprile (Lit. 19,50 incirca), viene ad essere di centesimi 3,6; invece la *Presse Médicale* viene a costare centesimi 6,6 (è però da notare che la pagina è più grande). I giornali inglesi e tedeschi hanno prezzi superiori; per es. la *Deutsche Mediz. Wochenschrift* importa cent. 8,5; la *Klin. Wochenschrift* cent. 8,8; il *Lancet* cent. 12; e così via.

All'autore dell'articolo è sfuggito come esista un giornale italiano a larga diffusione, il quale batte il *record* del buon mercato: si tratta del *Policlinico*, Sez. Pratica, il quale nel 1932 ha pubblicato 2020 pagine di testo e 42 d'indice, al prezzo di L. 58,80; ciò corrisponde a circa centesimi 2,1 la pagina. Per un periodico indipendente, è questo un vero miracolo, dovuto all'abilità e alla solerzia dell'editore, il comm. Luigi Pozzi, apprezzato da tutto il nostro pubblico medico. Il *Policlinico* risulta, dunque, essere *il giornale medico più a buon mercato del mondo*.

Un altro periodico medico a larga diffusione e molto a buon mercato è il *Journal des Praticiens*, che viene a costare centesimi 3,2 la pagina di testo: ossia il 50 % più del *Policlinico*. La parte para-medica, che è tutta intramezzata di pubblicità, fa abbassare il prezzo; ma non oltre il livello del *Policlinico*.

L'articolo del *Journal A. M. A.* tratta anche del prezzo dei periodici di medicina specializzati, mettendo particolarmente in rilievo quanto esso sia esorbitante nella Germania, ove non solo il prezzo unitario per pagina risulta elevatissimo, ma molti periodici sogliono fare pubblicazioni *senza vincoli di periodicità* (zwanglose), per modo che in un anno possono vederne la luce più volumi. È così che nel 1932 la *Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin* è venuta a costare una somma corrispondente a circa 3000 lire it.; la *Zeitschrift für Zellforschung* circa 2400; l'*Archiv für Dermatologie* circa 1800; e così via. Si tratta di prezzi paradossali, proibitivi.

Alcune biblioteche mediche nord-americane hanno dovuto impegnare il 70 % di tutte le loro disponibilità, solo per i giornali tedeschi! Uno speciale comitato nord-americano ha rivolto un indirizzo agli editori e ai redattori della Germania, allo scopo di indurli ad essere più moderati nei prezzi ed, eventualmente, più avveduti nella scelta del materiale, così da limitare la mole dei periodici.

I nostri *Annali d'Igiene* vengono a costare un'inezia in rapporto al numero delle pagine.

Nel 1932, per 60 lire essi hanno dato 943 pagine di testo normale, 20 d'indice e 132 di supplemento, in totale 1115 dense pagine, il che equivale a poco più di cent. 5 ciascuna. A rendere possibile questo prezzo ridottissimo, ha molto contribuito la copiosa pubblicità; a sua volta, questa è alimentata dal largo credito della rivista, credito che trova giustificazione nel valore e nella copia del materiale pubblicato.

Sarebbe superfluo aggiungere che nella pubblicazione del nostro periodico non entra in campo alcuna speculazione editoriale: quanto si riceve, viene speso per migliorare il periodico: da ciò il risultato raggiunto.

Il giornale medico specializzato più a buon mercato d'Italia, e forse del mondo, ci risulta essere la *Rivista di Malariologia* che nel 1932 ha offerto 963 dense pagine per L. 40 (anzi L. 35 per gli abbonati agli *Annali d'Igiene*), senza contare le molte tavole fuori testo; ciò significa poco più di cent. 4 (rispettivamente cent. 3,5) ogni pagina, pur avendo fornito un materiale scelto, che ha reso la *Rivista di Malariologia* ricercata e quotata in tutti i Paesi: essa è divenuta una vera affermazione d'italianità.

I dati ed i rilievi pubblicati dagli « Annali d'Igiene » sono troppo precisi e significativi, per meritare chiarimenti o commenti.

« Il Policlinico » risulta essere il giornale medico più a buon mercato del mondo.

Questo è un fatto, al quale bisogna aggiungerne un altro: che « Il Policlinico » è il più diffuso periodico italiano di medicina e tra i più diffusi del mondo.

Faremmo torto ai nostri abbonati se attribuissimo solo al basso prezzo il successo del nostro giornale.

Sta di fatto che pur costando poco « Il Policlinico » si mantiene al livello dei migliori giornali medici di tutti i Paesi.

I lavori, gli articoli di ogni genere, le riviste, le notizie che esso pubblica sono sempre tali da soddisfare a tutte le esigenze dei medici, da ravvivarne la cultura e metterli in grado di subito orientarsi nei progressi del movimento scientifico e professionale.

Tutto ciò, naturalmente, può ottenersi solo a costo di sacrifici e superando molte difficoltà.

I giornali italiani non possono contare sulle entrate dei giornali anglo-sassoni e francesi, diffusi, oltre che nei paesi di origine, in vasti domini e colonie e redatti in lingue note a quasi tutte le persone colte.

Anche « Il Policlinico » è letto in ogni angolo del mondo, dovunque vive un medico italiano. Ma il numero dei suoi abbonati, pure essendo ingente, non può raggiungere quello dei periodici medici americani, inglesi e francesi a più larga diffusione, per alcuni dei quali è prossimo ai centomila.

Pertanto le risorse finanziarie del nostro giornale sono modeste; tuttavia esso si tiene al livello dei meglio redatti e più accreditati periodici medici stranieri, è ovunque molto apprezzato, la sua diffusione nel mondo si allarga sempre più, il suo progresso è continuo e sicuro.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA D'EGITTO. *Ospedale Italiano « Benito Mussolini »*. — Scad. 31 lug.; aiuto del Reparto Chirurgico; titoli; età lim. 35 a. al 31 mag.; 2 anni di assistente o aiuto in Clinica chirurg. od in reparto chirurgico di Ospedale; doc. a 3 mesi dal 31 mag.; vitto, alloggio, compartecipaz. con un minimo garantito di L. E. 250 annue; esame di Stato alla prima sessione successiva alla nomina; chied. avviso. Rivolgersi alla Direzione.

ALTAMURA (Vedi BARI).

ANCONA. *Ospedale Civile Umberto I.* — Fino alle ore diciotto del 20 luglio 1933 è aperto il concorso per titoli al posto di chirurgo primario dirigente di uno dei due riparti di chirurgia. Per la richiesta di informazioni e della copia del bando rivolgersi all'Ufficio di Amministrazione dell'Ospedale.

BAGNOLO PIEMONTE (*Cuneo*). — Scad. 25 giu., condotta med.; L. 8700 e 4 quinquenni dec. oltre L. 4000 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50. Servizio in altri Comuni o assistente d'Ospedale.

BANZI. (Vedi MATERA).

BARI. *R. Prefettura*. — Scad. 15 giug.; uff. san. e capo dell'Ufficio d'Igiene del Comune di Ruvo di Puglia; età lim. 45 a. al 20 apr.; doc. a 3 mesi dal 20 apr.

Scad. 5 lugl.; id. per Altamura; età lim. 45 a. al 9 magg.; doc. a 3 mesi dal 9 magg.

Per i due posti. titoli ed esami; stip. L. 12.000 e 5 quadrienni dec.; divieto libero esercizio. Chiedere annunzi.

BERNALDA. (Vedi MATERA).

CESENATICO. (Vedi FORLÌ).

CHIETI. *R. Prefettura*. — Per titoli ed esami. Posto di ufficiale sanitario del Comune di Chieti. Stipendio annuo di L. 8000 con 5 aumenti quadriennali del decimo oltre alle indennità caroviveri pari a quella degli altri impiegati del Comune, il tutto decurtato del 12 % e delle ritenute di imposta e Cassa Previd. Sanitari. Le domande, in bollo da L. 3, insieme ai prescritti documenti, l'elenco dei quali con tutte le modalità dei medesimi (età, eccezioni, ecc.) possono desumersi dal bando di concorso del 22 maggio u. s., da richiedersi all'Ufficio del Medico Provinciale presso la R. Prefettura di Chieti, debbono pervenire al predetto Ufficio non oltre le ore diciotto del 20 luglio 1933.

CIVIATE (*Como*). — Scad. 30 giu.; L. 9000 e 4 quinquenni dec.; addizion. L. 5 oltre i 400 pov.; L. 900 se uff. san., L. 500 ambulat.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

FORLÌ. *R. Prefettura*. — È prorogato al 30 giugno 1933 il termine del concorso per Ufficiale Sanitario del Comune di Cesenatico. Con provvedimento in corso di approvazione lo stipendio è stato portato a L. 12.000 annue.

GENOVA. *Spedali Civili*. — Scad. 24 lug.; specialista in ostetricia e ginecologia; id. in oculistica; id. in dermosifilopatia; L. 6000; ritenuta 12 %; aum. quinquennali e conferme triennali fino a 60 anni; iscriz. al P. N. F.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 23 mag.

Scad. 21 lug.; medico chirurgo dentista; lire 3000; doc. a 3 mesi dal 24 mag. Le altre condizioni come sopra.

Chiedere annunzi. Rivolgersi alla Segreteria (Ospedale S. Martino).

GROTTOLE. (Vedi MATERA).

LOZIO (*Brescia*). — Stipendio iniziale annuo lire 9000 lordo di tutte le imposte e ritenute di legge, con 6 aum. quinq. del decimo. Indennità annua L. 3000 per mezzo di trasp., L. 500 quale uff. sanit. e caro-viveri di legge. Scadenza 20 agosto 1933. Per altri chiarimenti circa i documenti, età, ecc., chiedere il bando di concorso alla Segreteria del Comune.

LUCCA. *Comune*. — Scad. 20 ag.; VI reparto; L. 8000 da decurtarsi del 12 %, 5 quinquenni dec.; trasp. L. 1500; c.-v.

MATERA. *R. Prefettura*. — Concorso per titoli ed esami ai posti di Ufficiale Sanitario dei comuni di Banzi, Bernalda, Grottole, Montalbano Jonico e Palazzo San Gervasio. Scadenza 15 luglio 1933. Per informazioni e chiarimenti rivolgersi all'Ufficio Sanitario Provinciale della R. Prefettura di Matera.

MONTALBANO JONICO. (Vedi MATERA).

MONTECOSARO (*Macerata*). — Scad. 30 giu.; 1ª cond.; L. 8000 e 3 quadrienni dec.; c.-v.; trasp. L. 500-2500; riduz. 12 %; età lim. 24-40 a.; tassa L. 50.10.

NARO (*Agrigento*). — Scad. 30 giu.; 2ª cond.; L. 8000 e 4 quadrienni dec., c.-v.; trattenute; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

PADOVA. *Ufficio d'Igiene del Comune*. — Scad. 30 giug., ore 17; tre medici aggiunti; titoli ed esami; età lim. 22-40 a.; doc. non anter. al 29 feb.; iscriz. al P. N. F.; L. 12.000 oltre L. 1800 serv. att., L. 450 trasf., c.-v.; chiedere annunzio. Rivolgersi all'Ufficio di Protocollo del Comune.

PALAZZO SAN GERVASIO. (Vedi MATERA).

PAVIA. *Consorzio Provinc. Antituberc.* — Scad. 10 lug.; direttore del dispensario di Pavia; lire 11.000 oltre L. 2500 serv. att.

Scad. 15 lug.; direttori di 4 Sezioni; L. 8000 ciascuno, oltre L. 2000 serv. att.

Per i 5 posti età lim. 45 a. al 15 maggio.

RUVO DI PUGLIA. (Vedi BARI).

S. GINESIO (*Macerata*). — Scad. 30 giu.; 2 condotte; L. 9000 oltre L. 2500 cavalc.; riduz. 12 %.

SIENA. *Amministraz. Provin.* — Scad. 15 lug., ore 17; coadiutore nella Sez. med.-micrograf. del Laboratorio prov. d'igiene e profilassi; L. 12.000 oltre L. 1600 serv. att.; c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 35 a. al 15 mag.; titoli ed esami. È vacante anche il posto di assistente nella Sez. chimica.

TERAMO. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli e per esami, concorso a due posti di Coadiutore presso il Laboratorio provinciale d'igiene e profilassi, l'uno per la Sezione medico-micrografica e l'altro per la Sezione chimica. Stipendio annuo lordo L. 11.000. Indennità servizio attivo lire 2500, oltre indennità caroviveri, come per legge, e percentuale sui proventi per ricerche ed analisi. Aumento stipendio L. 1000 in ciascuno dei due primi quinquenni e di L. 1500 nei due successivi. Età massima a. 35, salvo disposto art. 42 del R. D. 30 settembre 1922 n. 1290, salvo esenzioni di cui all'art. 9 del R. D. 16 gennaio 1927, n. 155, e con elevazione del limite di età, a sensi del R. D. L. 23 marzo 1933 n. 227, per gli inscritti al Partito Nazionale Fascista. Il concorso seguirà secondo le disposizioni sancite dal R. D. 16 gennaio 1927. Oltre documenti di rito, eventuali titoli scientifici e di carriera, richiedesi: per la Sezione medica, diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo o diploma di laurea in medicina e chirurgia; e per la Sezione chimica diploma di abilitazione all'esercizio della professione di chimico, o diploma di laurea in chimica, chimica e farmacia od in chimica industriale Tessera di inscrizione al P. N. F. Tassa ammissione L. 50,10. Scadenza ore dodici del cinque luglio 1933-XI.

TORTONA (*Alessandria*). — Con decreto prefettizio 1° maggio 1933, è stato bandito il pubblico concorso per titoli ed esami per il posto di Ufficiale Sanitario presso il Comune di Tortona. Stipendio annuo L. 12.000 lorde aumentabile di due quadrienni di L. 1000 ciascuno oltre l'indennità di missione, il compenso per prestazioni di interesse privato ed altre eventuali indennità. Età anni 45 salvo protrazioni di legge. Scadenza ore diciassette del 31 luglio 1933-XI. Per maggiori schiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Comune di Tortona.

TRIPOLI. *Ospedale Vittorio Emanuele III.* — Scad. 23 lug., direttore primario medico, primario chirurgo e primario oculista; titoli. Autorizzazione al libero esercizio. Domanda in carta da L. 5 e documenti al Ministero delle Colonie, Ufficio del Personale. Il decreto è pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale », n. 121, del 24 maggio.

VERONA. *Ammin. Prov.* — A tutto 31 lug., assistente nel Laborat. prov. d'igiene e profilassi, Sez. med.-micrograf.; L. 9600 oltre L. 2600 serv. att., 3 scatti quadriennali, riduz. 12 %; età lim. 35 a. al 6 mag.; doc. a 3 mesi da questa data; iscrizione al P. N. F.; serv. entro 15 giorni. Chiedere annunzio.

VOGHERA. *Amministraz. Prov* — Scad. 15 lug.; direttore del Labor. prov. d'igiene e profilassi; L. 16.000 aumentabili, oltre L. 3630 serv. att.; deduz. 12 %

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Arturo Castiglioni di Trieste, su proposta del Capo del Governo, Ministro degli Esteri, è nominato grande ufficiale nell'Ordine della Corona d'Italia.

Il prof. Vincenzo Aloi, direttore dell'Ospedale Civile di Catanzaro, è nominato, *motu proprio* del Sovrano, commendatore nell'Ordine della Corona d'Italia.

Ai due insigni sanitari le nostre congratulazioni.

NOTIZIE DIVERSE.

2ª Riunione europea d'igiene mentale.

Ricordiamo che è indetta a Roma per i giorni 27 e 28 ottobre, sotto la presidenza del prof. Sante De Sanctis. Temi: « L'igiene mentale e la scuola », relatore il prof. Eugenio Medea di Milano; « L'assistenza pubblica extra-ospedaliera ai predisposti alle malattie mentali », rel. il prof. Auguste Ley di Bruxelles; « L'importanza della famiglia per l'igiene mentale », relat. il dott. Hans Roemer di Illenau (Germania).

Segretario generale è il prof. C. Tumiati, via Masaccio 119, Firenze.

13° Congresso internazionale di neurologia.

A Parigi si è svolta l'annunziata riunione internazionale di neurologia, alla quale hanno partecipato studiosi di tutto il mondo. La delegazione italiana, particolarmente numerosa, comprendeva, fra gli altri, i proff. Boschi di Ferrara, Donaggio di Modena, Ajala di Siena, Campailla di Ferrara, Gozzano di Napoli, Medea di Ferrara, Gatola di Firenze, Negri di Torino.

Il prof. Boschi ha svolto una relazione sull'idrocefalo interno, portando il contributo suo e della sua scuola e documentando i successi ottenuti. La relazione, illustrata da numerose proiezioni, è stata ascoltata con vivo interesse.

1° Congresso internazionale di chirurgia plastica.

Avrà luogo a Parigi il 13 e il 14 ottobre, nei locali dell'Istituto Oceanografico (rue Saint-Jacques, n. 198), contemporaneamente al 4° Congresso francese di chirurgia plastica. Temi: « Il problema delle inclusioni nella chirurgia plastica del naso », relatori Coelst di Bruxelles e Péri di Algeri; « Le operazioni plastiche della mammella nei loro rapporti con l'endocrinologia », relat. Manna di Roma.

Rivolgersi al dott. Dartigues, presidente (rue de le Pompe, 81, XVIe) ovvero al dott. Claoué, segretario generale (rue Scheffer, 39, XVIe).

5° Congresso italiano di medicina legale generale ed assicurativa.

Si è tenuto a Roma, dall'1° al 4 giugno, l'annunziato congresso di medicina legale generale e di medicina legale delle assicurazioni.

Alla cerimonia inaugurale, che ebbe luogo nel-

l'Aula Magna dell'Università, intervennero il ministro della Giustizia on. De Francisci, il sottosegretario alle Corporazioni on. Biagi, il ministro di Stato on. Rocco, rettore dell'Università, l'on. Simonetta in rappresentanza del Senato, l'on. Bodrero in rappresentanza della Camera e altre alte autorità. Numerosissime le adesioni. Parlarono il rettore dell'Università, il prof. S. Ottolenghi, presidente del Comitato organizzatore, che tenne il discorso inaugurale, il prof. Morelli, segretario generale del Sindacato nazionale medico, e il prof. Perrando, presidente dell'Associazione Nazionale di medicina legale.

I lavori si sono svolti attivissimi, nell'Istituto di Medicina Legale dell'Università e nell'Ospedale Sanatoriale dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale. Ci riserviamo di darne ulteriori notizie.

Venne compiuta una visita all'Istituto medicolegale dell'aviazione.

La 3ª campagna antitubercolare in Italia.

La Presidenza della Federazione italiana nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi ha inviato alle organizzazioni periferiche una circolare relativa ai criteri che saranno adottati per valutare l'opera prestata dai Consorzi nella terza campagna antitubercolare e addivenire alla premiazione di quelli che si sono maggiormente distinti.

Tali criteri saranno principalmente basati: 1) sullo sviluppo dato alla diffusione del francobollo e sui risultati concreti raggiunti; 2) sullo sforzo compiuto da parte dei consorzi non ancora premiati per superare i risultati da essi ottenuti nella seconda campagna.

L'assegnazione dei premi sarà stabilita da una Commissione composta di due rappresentanti del Ministero dell'interno e da due della Federazione. Ecco l'ordine dei premi: 1° premio: Campana d'oro; 2° premio: due medaglie di S. E. il Capo del Governo da darsi ex aequo; 3° premio: due medaglie della Direzione generale di sanità pubblica da darsi anch'esse ex aequo; 4° premio: 20 medaglie d'oro della Federazione nazionale fascista contro la tubercolosi; 5° premio: dieci medaglie d'argento della stessa Federazione.

I Consorzi premiati saranno quindi 35. La cerimonia della premiazione avrà luogo nella prima decade di luglio.

Il centro materno di Littoria.

Viene organizzato e sarà preso in consegna dalla Federazione provinciale dell'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia, un Centro materno destinato all'assistenza delle madri e dei bimbi di tutto il territorio del nuovo Comune di Littoria.

Il Centro è costituito da un grande edificio realizzato dall'architetto Frezzotti con criteri architettonici aderenti alle finalità della costruzione. Esso consta di una grande sala per i divezzi e di un'altra sala per i lattanti, di una mensa materna capace di ospitare cinquanta donne, di un consultorio ostetrico e di uno pediatrico, di tutti i servizi, attrezzati secondo i criteri igienici più moderni, di una grande terrazza per la elioterapia e di un giardino.

Ente idrologico di medici italiani a Budapest.

Per invito del Consiglio Nazionale Ungherese del Turismo e della Società Idrologica di Budapest, un gruppo di medici delle Tre Venezie di cui facevan parte i professori: Castiglioni, Delitala, Fasiani, Gasbarrini, Manni, Riquier, Scimone, Sturli, Varisco, si sono recati a Budapest per visitare gli stabilimenti termali e conoscere l'organizzazione idrologica di quella città.

Grazie alla cordiale cortesia dei membri del Consiglio Nazionale e dei Sanitarii dei vari stabilimenti, essi poterono in pochi giorni rendersi conto dell'importanza della bella capitale ungherese quale luogo di cura idroterapica e della perfezione che vi ha raggiunta l'organizzazione degli stabilimenti idro-fisioterapici.

Budapest — detta anche città delle acque — è considerata la città del mondo più ricca di acque termali. La parte più ricca di tali sorgenti è Buda; mentre a Pest solo nel secolo scorso si potè trovare una sorgente di acqua termale con un pozzo artesiano della profondità di 970 metri.

La composizione di tali acque è la più varia: ma esse sono prevalentemente acque sulfuree, che sgorgano ad una temperatura variabile, secondo le diverse sorgenti, dai 23 ai 74 C°.

L'utilizzazione di sorgenti così preziose ha portato al sorgere di stabilimenti nel cuore della città, che vanno considerati indubbiamente fra i più perfetti nell'organizzazione idroterapica; e l'idroterapia è possibile ad un numero enorme di persone, in grazia anche a grandiose piscine.

La fangoterapia viene praticata largamente (il fango viene aggiunto all'acqua termale).

Un museo balneologico dà in breve una larga dimostrazione delle numerose sorgenti di cui l'Ungheria è ricca e di quanto viene compiuto per lo sfruttamento di esse.

Dato il grande numero di malati, specialmente di forme reumatiche, artritiche, ecc., è nel concetto del governo di far sorgere a Budapest una Clinica del reumatismo.

Per le cure balneo-termali gratuite ai dipendenti statali invalidi di guerra.

La Presidenza del Consiglio dei Ministri ha disposto che anche per quest'anno possa essere accordato, sempre che le esigenze dei servizi lo consentano, uno speciale congedo agli impiegati e salariati dello Stato, invalidi pensionati di guerra che abbiano ottenuto dall'Opera nazionale l'ammissione gratuita alle cure balneo-termali e siano stati riconosciuti in concreto stato di bisogno da apposita visita di ufficiali medici.

Tali speciali congedi, subordinatamente sempre alle esigenze dei servizi, potranno anche essere accordati agli impiegati e salariati che non avendo potuto essere compresi nel limite dei posti assegnati dall'Opera per la cura gratuita, intendano tuttavia effettuare detta cura a proprie spese, giovandosi soltanto delle agevolazioni che l'Opera potrà loro procurare.

Nuova scuola medica a Leningrado.

Durante i 15 anni di governo dei sovieti, è stato in programma l'incremento della medicina. Per soddisfare il bisogno crescente di medici, si sono create varie scuole. Ora a Leningrado è stata organizzata una nuova scuola-ospedale, intitolata al prof. Nachav. Accetta solo studenti che abbiano già conoscenze pratiche; prepara medici generici e chirurghi; il programma prevede che il 77% delle ore d'istruzione debba essere destinato alle scienze; il corso comincia con l'anatomia, l'istologia e la chimica e va gradatamente alle varie

cliniche; gl'insegnamenti dottrinari sono strettamente collegati con le applicazioni: per es. l'anatomia si studia sincronamente con la medicina operatoria; la fisiologia con la terapia. L'intero corso dura da due anni e mezzo a tre, secondo la preparazione preliminare degli iscritti.

Per il monumento a Forlanini.

S. E. Dante De Blasi ha trasmesso alla presidenza della Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la Tubercolosi la lettera di S. E. Marconi che così annunzia l'offerta per il monumento a Carlo Forlanini:

« Il Consiglio Nazionale delle Ricerche ha deciso di partecipare con una offerta di L. 1000 all'erezione di un monumento al compianto clinico e tisiologo Carlo Forlanini, vanto della scienza italiana.

La memoria di Carlo Forlanini merita di essere altamente onorata perchè il suo metodo dello pneumotorace artificiale, universalmente accettato senza riserve, fu una grande conquista a profitto dell'umanità sofferente ».

Onoranze al prof. G. Corrado.

Col finire del corrente anno scolastico, il prof. Gaetano Corrado, direttore dell'Istituto di medicina legale alla R. Università di Napoli, andrà a riposo per limiti d'età, dopo un quarantennio d'insegnamento.

Un gruppo di antichi e recenti discepoli prepara al Maestro affettuose onoranze, che comprenderanno l'apposizione di una lapide, ove saranno ricordati i direttori succedutisi nell'Istituto dalla fondazione di esso (1861); l'offerta di una targa di bronzo; un opuscolo di omaggio.

Il Comitato esecutivo include vari nomi preclari; ne è segretario il prof. Vincenzo Mario Palmieri (aiuto nell'Istituto di medicina legale), al quale vanno inviate adesioni, contributi e corrispondenza (via Maria Longo 22, Napoli).

In onore di H. H. Meyer.

Il 17 maggio è stato festeggiato a Vienna l'80° compleanno del prof. Hans Horst Meyer, il più reputato dei farmacologi tedeschi. Ha insegnato a Marburgo e a Vienna; ebbe a rifiutare una chiamata a Berlino. Con Gottlieb, pubblicò nel 1930 la « Farmacologia sperimentale come base della terapia medicamentosa », di cui si sono succedute le edizioni. Quando il Meyer compì 70 anni, l'Accademia delle Scienze di Vienna istituì un premio intitolato al suo nome. Egli ha molto contribuito a educare i farmacisti ad una mentalità scientifica ed a studi severi; è considerato come il più eletto rappresentante della classe nei Paesi di lingua tedesca.

In onore di Recaséns.

In occasione del ritiro dall'insegnamento, per limiti d'età, del prof. Sebastián Recaséns, direttore della clinica ostetrico-ginecologica dell'Università di Madrid e decano di quella Facoltà medica, il collegio dei professori e gli allievi hanno voluto tributargli una imponente manifestazione di simpatia e di ammirazione. La cerimonia si è svolta nel grande anfiteatro della Facoltà, con l'intervento del sottosegretario all'istruzione pubblica. Sono giunte numerose adesioni dall'estero.

Tutta la stampa medica spagnuola tesse gli elogi del grande clinico, il quale lascia l'insegnamento nella pienezza delle sue energie spirituali.

Contro il sovraffollamento nelle università tedesche.

A partire dalla ripresa del semestre estivo è andato in vigore, per tutta la Germania, un esame d'idoneità agli studi superiori. L'esame è dato nelle scuole secondarie, da speciali commissioni; il giudizio verte sulla coltura generale, sulla facoltà di raziocinio, sulle attitudini e le predilezioni. I dichiarati inidonei non sono esclusi dagli studi superiori; ma sono ammessi solo in prova, per tre semestri; si tien conto delle riprovazioni agli esami. Se essi vanno male, vengono ammoniti sui probabili insuccessi della carriera prescelta. Si spera, in tal modo, di ridurre la pletora determinatasi in alcune professioni, particolarmente in quella medica, e di ovviare alla svalutazione professionale, oggi determinata da troppi elementi di scarto.

Contro le persecuzioni ai medici ebrei in Germania.

La Società Medica della Contea di Filadelfia ha approvato un ordine del giorno in cui si stigmatizzano le ingiuste e gravi persecuzioni attuate in Germania contro medici che, a motivo della razza o della fede religiosa, sono stati licenziati dalle università, dagli ospedali, dai dispensari e grandemente ostacolati nell'attività privata. Tra i perseguitati figurano personalità eminenti, alle quali dobbiamo conquiste che non hanno prezzo e che molto hanno contribuito ad accreditare la Germania; ma la protesta va anche a favore dei medici più umili.

Si fa appello all'onorabilità della classe medica tedesca, affinchè voglia adoperarsi a far abolire procedimenti contrari allo spirito della scienza e dell'umanità. L'ordine del giorno è stato inviato a Roosevelt e ad altre personalità.

(Dal *Journ. A. M. A.*, 13 maggio 1933).

Viaggio medico nell'America settentrionale.

Il 3° viaggio organizzato da « L'Univers Médical » nell'America settentrionale avrà luogo dal 26 luglio al 25 agosto, da e per il porto di Havre; verranno visitate le più importanti città e le località di maggiore interesse turistico degli Stati Uniti e del Canadà, compresa l'esposizione mondiale di Chicago. Il viaggio per mare si compirà sulla nave « Chemplain ». Prezzi da fr. 12.750 a 26.775, secondo gl'itinerari e la classe, oltre alcune piccole spese. Il viaggio sarà diretto da Luc Drutain, autore di apprezzatissimi libri sugli Stati Uniti.

Per chi dispone di minor tempo, viene organizzato anche un viaggio di propaganda, dal 19 luglio all'11 agosto, al prezzo di fr. 7.950-12.975.

Vanno anticipati fr. 2000 all'iscrizione; pagamento integrale tre settimane prima della partenza. Rivolgersi a: « Voyages et Congrès de l'Univers Médical », rue Canmartin 24, Paris.

Crociera medica artica.

Abbiamo già dato larga notizia della 18ª crociera organizzata dal « Bruxelles-Médical » e dal « Concours Médical »; essa si svolgerà dal 5 al 29 agosto, da e per Dunkerque, fino alla banchisa polare e cioè ad 81°,21' di latitudine Nord (8°,49' dal Polo); la crociera, della lunghezza di Km. 9538, verrà compiuta sulla nave « Faucauld », particolarmente attrezzata, sotto la guida dell'esploratore polare comandante barone de Gerlache de Gomery, membro corrispondente dell'Istituto di Francia. Sono previsti sbarchi ed escursioni.

A causa delle numerose domande di spiegazioni e d'iscrizioni, si raccomanda vivamente, a chi desidera di prender parte al viaggio, di darne notizia al più presto possibile (beninteso, senza alcun impegno). Per la distribuzione delle cabine si terrà conto dell'ordine delle iscrizioni. Un ampio programma illustrato, in lingua italiana, s'invia a richiesta.

Rivolgersi a: XVIII^{e} Croisière « Bruxelles-Médical », boulevard Adolphe Max, 29, Bruxelles (Belgio).

Il veleno di cobra nel cancro.

Il prof. Laignel-Lavastine e il dott. N. E. Koressios di Parigi hanno reso noto un trattamento che migliora molto lo stato dei cancerosi, in quanto ne allevia i dolori e rende superfluo l'uso della morfina; consiste nell'iniettare loro un millesimo di milligrammo di veleno di cobra (dose relativamente alta) ogni 8-10 giorni. Il prof. Gasset ha impiegato il metodo nel suo servizio di chirurgo, per cancerosi inoperabili; ne ha accertato l'effetto salutare, pur rimanendovi lontani dalla guarigione; tra l'altro, il tumore si contrae e le metastasi possono scomparire.

Erboristi contro farmacisti in Francia.

Un vecchio dissidio vige da tempo in Francia tra le due categorie. Più volte i farmacisti hanno ottenuto che gli erboristi fossero condannati, per avere fornito delle mescolanze di piante medicinali, invece di piante semplici, contravvenendo alla legge. Di recente, veniva condannato un erborista di Cannes, certo Baudry. Ora però un erborista di Nizza, certo Marquis (per l'esattezza della cronaca, egli ha negozio in rue Bonaparte 40), è passato al contrattacco: ha fatto presentare, perchè fosse spedita, in due farmacie della città, un'ordinanza firmata dal dott. Mallet e riguardante 11 piante medicinali, per una data preparazione. I due farmacisti hanno fornito piante diverse da quelle prescritte; onde una denunzia al Procuratore della Repubblica per inganno, frode ed abuso di fiducia. Il Procuratore della Repubblica ha trasmesso la denunzia all'Ispettorato delle Farmacie di Marsiglia.

Intanto il Sindacato dei Farmacisti, in una nota resa pubblica, ha riprovato — se verrà accertata — la condotta dei due farmacisti denunziati e ha deciso di portarsi Parte civile, insieme al denunziante, se il processo istruito avrà seguito.

Un gesto significativo dei detenuti delle carceri di Torino.

La direzione delle Carceri di Torino ha svolto un'attiva e intelligente opera di propaganda antitubercolare fra i detenuti ed ha raccolto una discreta somma, cioè L. 5406,20. Di queste, L. 5000 sono state offerte dal detenuto Luigi Cravenna, condannato qualche tempo fa per omicidio in rissa. Oltre questa donazione fatta al Consorzio antitubercolare di Torino, il Cravenna ha fatto pervenire L. 10.000 al Capo del Governo, per la lotta antitubercolare. L'atto del Cravenna sta a dimostrarie la sua ferma volontà di riabilitazione della colpa, causata forse più dalla impulsività del carattere che dalla malvagità dell'animo. Anche la somma raccolta tra il personale di custodia e gli altri detenuti, è stata cospicua, dato l'ambiente e le condizioni sociali degli offerenti, e tale generosità merita di essere segnalata.

Notizie brevi.

Con Decreto Ministeriale 22 maggio 1933-XI è fatto obbligo della denunzia di tutte le forme di amebiasi e di tutti i casi di anchilostomiasi.

La Società medico-chirurgica trevisana si è adunata il 12 maggio sotto la presidenza del prof. Fiorani Gallotta; vennero fatte comunicazioni dai dottori Bumbi, Baccin, prof. Calzavara e dott.a De Marchi, prof. Bozzoli.

Il 28 maggio si è adunato a Pavia il 6° Convegno della Sezione regionale lombarda della Federazione nazionale italiana fascista per la lotta contro la tubercolosi; all'inaugurazione intervennero e parlarono il Prefetto e il Podestà. Furono fatte relazioni dai proff. Ferrata, Galeazzi, Sala e varie comunicazioni.

Il 1° Congresso internazionale sul linfatismo è annunziato a La Bourboule (Francia) pel 1934, sotto la presidenza del prof. Marfan. Segretario generale è il Dr. E. Sauzet.

Un breve corso di perfezionamento in ortopedia si terrà a Bordeaux, dal 26 giugno al 1° luglio, sotto la direzione del prof. H. L. Rocher; tassa 200 fr.; iscrizioni: Secrétariat de la Faculté de Médecine, Bordeaux.

Sono stati inaugurati a Rostov sul Don (Russia) un Istituto d'igiene industriale ed un Istituto d'igiene sociale.

L'11 maggio è stato inaugurato a Chicago il «Mercy Hospital Institute of Radiation Therapy», il quale dispone, tra l'altro, di una caduta di potenziale di un milione di volt. Parlarono il direttore del laboratorio scientifico della « General Electric Company », W. D. Coolidge, il presidente e il decano della Facoltà Medica dell'Università Loyola, il presidente della Società Medica di Chicago ed altri.

La Regina ha visitato l'Ospedale del Bambino Gesù in Roma; si è particolarmente interessata al nuovo grande padiglione di medicina intitolato alla memoria di Donna Maria Salviati ed al Reparto Radiologico, al cui arredamento Ella ha contribuito con munificenza; ha espresso il suo alto compiacimento.

La celebrazione del 40° di esercizio professionale per i medici laureati a Bologna nel 1893, avrà luogo in questa città il giorno 2 luglio p. v. Se per mancanza di indirizzo o per inesattezza taluno non ha ricevuto l'invito, è pregato di mandare l'adesione al prof. Giovanni Pini, Bologna, via S. Stefano 18.

I giornali recano che al Pireo, in Grecia, trecento soldati hanno presentato sintomi d'avvelenamento per avere mangiato carne guasta; sono stati subito ricoverati nell'Ospedale di Atene; uno è deceduto; circa duecento si trovavano in condizioni gravi.

Nella Maternità di Szolnok (Ungheria) due allieve levatrici avevano confuso due neonati; l'esame dei gruppi sanguigni, fortuitamente dissimili tra loro ed omologhi a quelli paterni, ha permesso di assegnare i due bambini alle rispettive madri.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA

Mese di Gennaio 1933

Malattie	2-8		9-1		16-22		23-29			
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Cas	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo	220	1414	226	1436	253	1555	226	1282	—	—
Scarlattina	148	386	148	452	159	439	161	487	—	—
Varicella	113	365	128	369	127	259	102	284	—	—
Vaiuolo e Vaiuoloide	—	—	1	2	-	—	-	—	—	—
Tifo addominale	229	391	238	403	220	357	171	296	—	—
Difterite e Croup	389	381	356	748	393	794	333	696	—	—
Meningite cerebro-spinale	4	4	11	13	9	10	7	7	—	—
Encefalite letargica	3	3	2	2	3	3	3	3	—	—
Poliomielite cutanea ac.	14	14	4	5	11	12	2	3	—	—
Dissenteria	4	4	4	4	5	5	5	5	—	—
Pustola maligna	16	18	12	13	12	12	13	16	—	—

Tifo petecchiale, Colera asiatico, Peste bubbonica: Nessuna dennnzia

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Riv. di Cl. Ped., mar. — A. SCARPA. Vaccin. Ramon con unica iniezione.

Edinb. Med. Journ., apr. D. K. HENDERSON. Mente e medicina.

Practitioner, apr. — Numero sull'anestesia.

Brit. Med. Journ., 1° apr. — H. TILLEY e W. HARRIS. Cefalea e dolore nell'infiammazione dei seni nasali.

Minerva Med. 31 mar. — G. DOMINICI e al. Estratti iniettabili di fegato.

Deut. Med. Woch., 31 mar. — SCHLEHT e al. Azioni del clima e del tempo.

Patologica, 15 mar. — L. MICHELAZZI. Calcemia e funzione renale. — A. POZZAN. Emorragie e sistema ret.-endot.

Mediz. Welt, 25 mar. — E. SAUPE. Radioterapia delle glandole endocrine. — E. FELDMANN. Progressi della chirurgia della tiroide.

Brit. Med. Journ., 25 mar. — H. ROLLESTON. Cambiamenti nei caratteri delle malattie. — E. STUART e K. S. KRIKORION. Accidenti paralitici nella cura antirabica.

Bull. Ac. de Méd., 14 mar. — M. LABBÉ. Il succo d'uva. — SEBILEAU. Puntura irrigatoria del seno mascellare.

Bull. Méd., 26 mer. — Numero sulle malattie da luce.

Presse Méd., 25 mar. — R. FISCHER. Trattam. preventivo della anchilosi e delle artriti post-traumatiche con acetilcolina. — M. P. WEIL e G. DÉTHÉ. Reumatismo gottoso.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier

SCRITTI IN ONORE DI **ROBERTO ALESSANDRI**

Ne riportiamo qui appresso l'elenco, in ordine alfabetico di Autore:

ANSCHUTZ prof. W., **Kiel**: *Prognosi dell'osteodistrofia (osteite) fibrosa localizzata.*

ANTONUCCI prof. C., **Roma**: *La doppia irrorazione arteriosa dell'arto inferiore nella cura della malattia di Buerger. (Anastomosi arteriosa ipogastrica; vena iliaca esterna).*

AUVRAY prof. M., **Parigi**: *Il Prof. R. Alessandri al Congresso francese di chirurgia.*

BAZY prof. P., **Parigi**: *Sulla nefropessi ad amaca.*

BEGOUIN prof. M., **Bordeaux**: *Cancro del collo uterino e operazione di Wertheim.*

BÉRARD prof. L., **Lione**: *La collaborazione medico-chirurgica nel trattamento degli stati ipertiroidei.*

BOECKEL prof. A., **Strasburgo**: *Quattro casi di sdoppiamento bilaterale degli ureteri.*

BRAUER prof. L., **Amburgo**: *La valutazione della idoneità lavorativa.*

CASTIGLIONI prof. G., **Milano**: *Per la classificazione e la patogenesi della ostosi monomelica eburneizzante (meloreostosi)* Studio clinico ed anatomo-istologico.

COFFEY prof. R. C., **Oregon**: *Applicazione del drenaggio (quarantena) nella chirurgia addominale.*

CORACHAN prof. M., **Barcellona**: *Contributo allo studio della aortografia.*

COSTANTINI prof. H, **Algeri**: *L'apertura nelle vie biliari delle cisti da echinococco del fegato.*

CRILE prof. G., **Cleveland** (Ohio): *Il lobo frontale e la memoria ancestrale.*

CUTLER prof. E., **Boston**: *La pericardiectomia nella pericardite tubercolare* (con relazione di 1 caso clinico).

DANIEL prof. C., **Bucarest**: *L'actinomicosi genitale nella donna.*

DENK prof. W., **Vienna**: *A proposito del trattamento chirurgico di grosse cisti traumtiche del cervello.*

DE SMETH prof. G., **Bruxelles**: *Accidenti locali prodotti da anestesia novocaino-adrenalinica.*

DE QUERVAIN prof. F., **Berna**: *La mortalità nelle operazioni di gozzo rispetto all'età del paziente.*

DONATI prof. M., **Milano**: *Condrodistrofia della base della falange prossimale dell'alluce.*

FAURE prof. C. A., **Parigi**: *Il drenaggio del peritoneo.*

FIORI prof. P., **Modena**: *Il così detto «gozzo metastatico».*

FORGUE prof. E., **Montpellier**: *Ciò che la erniologia deve alla chirurgia italiana.*

FREDET prof. P., **Parigi**: *L'origine degli ascessi freddi della parete toracica. Il loro trattamento razionale.*

GALEAZZI prof. R., **Milano**: *Contributo al trattamento operativo della lussazione abituale della spalla.*

GATTI prof. G. e BACCARINI prof. L., **Firenze**: *Osteopsatirosi.*

GENTIL prof. F., **Lisbona**: *Note sulla chirurgia cardiopericardica.*

GERULANOS prof. M., **Atene**: *Il trattamento dei disordini funzionali del colon.*

GREGOIRE prof. R., **Parigi**: *Il valore dell'ittero nelle indicazioni della splenectomia.*

GUISY prof. B., **Atene**: *Del cancro latente della prostata.*

GUTIERREZ prof. A., **Buenos Ayres**: *Qualche considerazione sopra il trattamento chirurgico del megacolon sigmoideo.*

HARTMANN prof. E., **Parigi**: *Il trattamento operatorio delle rettiti stenosanti.*

HENSCHEN prof. C., **Basilea**: *Risultati della plastica del ciglio glenoideo nella lussazione abituale della spalla.*

IACOBOVICI prof. I., **Cluj** (Romania): *Contributo allo studio del trattamento chirurgico nel diabete mellito.*

JIRASEK prof. A., **Praga**: *Il valore della radiografia epidurale con lipiodol nelle affezioni delle parti inferiori della colonna vertebrale, sopratutto di fronte all'incontinenza essenziale di urina.*

JOSEPH prof. E., **Berlino**: *Il trattamento dei tumori vescicali maligni con speciale riguardo alla chemocoagulazione intravescicale.*

JUDD prof E. S. e NORMAN prof. W. CRISP, **Rochester** (Minnesota): *Epitelioma papillare prmitivo dell'uretere.*

KANAVEL prof. A. B., **Chicago**: *La fisiologia e le diagnosi delle lesioni chirurgiche dell'addome.*

LEOTTA prof. N., **Palermo**: *Patogenesi dell'ulcera cronica dello stomaco e del duodeno.*

LICHTENBERG v. prof. A., **Berlino**: *Nota tecnica sulla prostatectomia soprapubica.*

LOWER prof. W. E., **Cleveland (Ohio)**: *Alcuni problemi di fisiopatologia della prostata.*

MARGARUCCI prof. O., **Roma**: *Sindrome addominale acuta determinata da trombosi nel territorio della vena mesenterica superiore, immediatamente successiva ad angina follicolare febbrile.*

MAROGNA prof. P., **Sassari**: *Endotelioma primitivo dell'uretere, idropionefrosi, ematoma perineale.*

MATAS prof. RUDOLPH, **New Orleans**: *Un raro caso di cisti paraappendicolare multiloculare, policistica, sieromixomatosa degli spazi retrocecale e retrocolico.*

MAYO prof. J. W., **Rochester** (Minnesota): *Il problema del cancro.*

MEYER prof. K. A., **Chicago** (Ill.): *Sifilide dello stomaco.*

PAPIN prof. E., **Parigi**: *Sulle grandi cisti sierose del rene.*

PASCALE prof. G., **Napoli**: *Tumori infiammatori dello stomaco. Processi di autoplastica.*

PAUCHET prof. M. V., **Parigi**: *Gastrectomia per ulcera digiunale.*

PEREZ prof. G., **Roma**: *Modalità non comuni di evoluzione dei tumori da elementi tiroidei.*

PERRIER prof. CH., **Cinevra**: *Metodo di cura dei diverticoli medi della regione del trigono.*

PIERI prof. G., **Belluno**: *Sulla sintomatologia dell'ulcera peptica post-operatoria.*

PUTZU prof. F., **Cagliari**: *Sulla torsione del funicolo spermatico.*

RAZZABONI prof. G., **Parma**: *Strumite suppurativa totale disseminata soffocante. Strumectomia. Guarigione.*

ROBINEAU prof. M., **Parigi**: *La sezione parziale della radice del trigemino.*

ST. JACQUES prof. E., **Montreal** (Canadà): *Sulla gastroptosi e sulla sua guarigione.*

TADDEI prof. D., **Pisa**: *Di alcuni segni clinici per la diagnosi di cieco mobile.*

TANSINI prof. G., **Milano**: . . . .

TORRACA prof. L., **Napoli**: *Contributo allo studio dell'azione del freddo sui tessuti profondi. III. Congelazione delle capsule surrenali* (Nota prima).

TUSINI prof. G., **Genova**: *Splenectomie per ittero emolitico primitivo.*

UFFREDUZZI prof. O., **Torino**: *Considerazioni e nuove ricerche sul microbismo latente patologico nei tessuti di alcuni dei più comuni campi operatori.*

VERHOOGEN prof. I. e DE GRAEUWE prof. A., **Bruxelles**: *Tumore bilaterale dei testicoli in ectopia addominale.*

WILDBOLZ prof. E., **Berna**: *Su un caso di tubercolosi primitiva della vescica.*

WILKIE prof. D. P. C., **Edimburgo**: *La mortalità nell'appendicite acuta.*

WOJCIECHOWSKI prof. A., **Varsavia**: *Ricerche sperimentali sulla formazione parascheletrica dell'osso.*

YOUNG prof. A., **Glasgow**: *Sulla cura chirurgica di alcune piccole infezioni.*

YOUNGH prof. H., **Baltimora**: *Stenosi dell'uretere da vasi sanguigni aberranti. Ricostruzione plastica senza sezione dei vasi e trapianto degli ureteri.*

Questo imponente gruppo di MEMORIE espressamente scritte per onorare il prof. ALESSANDRI, *da altrettanti insigni Maestri della Chirurgia, forma uno splendido volume di oltre 600 pagine, con 250 figure in nero ed a colori nel testo, tutto in lingua italiana, quale Supplemento alla XL Annata della Sezione Chirurgica del «Policlinico».*

Di tale volume, allo scopo di poter soddisfare le richieste di Istituti, di Estimatori del festeggiato o di Cultori delle discipline chirurgiche, oltre le copie da inviarsi in omaggio agli autori delle Memorie, ne sono state stampate alquante in più, le quali, stante il numero ristrettissimo della edizione e la signorilità della veste tipografica, sono in vendita al prezzo di

Lire **90**

Però, esclusivamente *ai nostri abbonati non Soci della Sezione Chirurgica e che vogliano tuttavia provvedersene, tale volume è loro ceduto al prezzo di assoluto favore e cioè:*

L. **50** per l'Italia e L. **65** per l'Estero

purchè la richiesta, accompagnata dal relativo importo e dalla fascetta comprovante la qualità di abbonato *al «Policlinico»,* giunga direttamente *alla nostra Amministrazione, Via Sistina, N. 14 - Roma.*

ANNO XL Roma, 19 Giugno 1933 - XI Num. 25

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE AL POLICLINICO UMBERTO I - ROMA
V. PADIGLIONE - Primario: Prof. A. LUGLI.

Calcemia e calciopessi nella tubercolosi polmonare.

Dott. ALBERTO STARNA, aiuto.

Nella terapia medica della tbc. polmonare indiscutibilmente il calcio è fra tutti i rimedi quello che negli ultimi dieci anni ha dominato e domina per la sua larga diffusione non raggiunta forse da alcun altro medicamento. La cura cosidetta « ricalcificante » bandita dalla scuola francese venti anni or sono ha incontrato un favore incontrastato presso il medico e quasi entusiastico presso la falange innumere dei malati, tanto che non v'è oggigiorno tubercoloso cui non sia stato somministrato per un periodo più o meno lungo un preparato calcico.

E indipendentemente dalla umana suggestione e dalle speranze che fa sorgere presso tali pazienti una cura nuova dopo essere stati delusi da una precedente; la gamma infinita di sali di calcio variamente studiati e combinati dalle case medicinali deve aver contribuito notevolmente al suo diffondersi.

Si è così passati in pochi anni dalle timide cartine di fosfato tricalcico ai preparati intramuscolari e alle endovenose su larga scala sottoponendo l'organismo ad un assalto di calcio.

Le case produttrici hanno posto tutta la maggior cura nel confezionamento di preparati certamente tollerati e il più possibile indolori; ma se analizziamo su quali basi teoriche sia sorta una così imponente terapia siamo sorpresi dal vedere come esse siano frammentarie, incerte e non raramente arbitrarie. Strano contrasto ad es. con la terapia tubercolinica che legata al nome e agli studi dei maggiori tisiatri non ha oggigiorno che una diffusione mediocre!

Non voglio con ciò affermare che la calcioterapia sia inutile, perchè come meglio esamineremo essa è entro certi limiti utile, soltanto ritengo che le scarse nozioni che possediamo sul ricambio del calcio nel sano e nel

tubercoloso non avrebbero consigliato ciò che l'empirismo ne ha fatto; cioè una terapia specifica della tubercolosi.

È nota la vecchia osservazione della rarità della tbc. polmonare negli operai delle fornaci di calce; da ciò a dedurre che esista un antagonismo tra calcio e tbc. il passo è stato breve; a tal proposito ricordo come Steward Isrard abbia potuto dimostrare che le inalazioni di polvere minutissima determinano nel parenchima una sovrapproduzione di macrofagi che ingloberebbero e renderebbero inerte il bacillo di Koch come un qualsiasi corpo estraneo.

Ferrier ha richiamato per primo l'attenzione sul fatto che le ossidazioni esagerate nei tbc. e le conseguenti acidosi sarebbero la causa della decalcificazione. Questa per Robin si inizierebbe nel periodo pretubercolare e s'accentuerebbe specialmente nel secondo stadio della tbc. dichiarata; però Rathery solo nel periodo di dimagrimento avrebbe osservato una deficienza del bilancio calcico. Ma anche ammesso per dimostrata la decalcificazione nei tubercolosi come si potrà determinare non solo l'assimilazione, ma anche la fissazione dello ione-calcio? Con la dieta Ferrier e le polveri di fosfato tricalcico Richard trovò che, oltre la forte eliminazione per le feci, la calciuria aumentava, quindi l'assimilazione era molto parziale e temporanea, poichè al cessare della cura la calciuria tornava normale.

Come la semplice somministrazione di calcio non ne determina la fissazione così una dieta acalcica sperimentale in animali nel periodo di sviluppo, come già osservarono Milne Edwards e successivamente Weiske e Wildt non determina liberazione del calcio già fissato; è quindi facile supporre che non sia già la somministrazione di calcio in abbondanza la condizione determinante la sua fissazione, ma per lo stabilirsi di questa debba intervenire un altro elemento magari come semplice agente catalizzatore.

È bene ricordare a tal proposito che pur essendo il calcio presente in quantità notevole da superare i 4 kg. in un uomo di peso medio sotto forma di carbonato, fluoruro e soprattutto fosfato calcico, a noi interessa esclusivamente il Ca-ione che è lo stadio di passaggio per cui resosi solubile viene dall'organismo assimilato qualunque sia stata la via d'introduzione. Il miglior esponente di tale calcio è ormai per parere concorde, il valore calcemico riscontrato nel siero di sangue e una variazione di tale valore ci dirà la variazione dell'equilibrio calcico.

Ma le discordanze sono notevoli non appena ci domandiamo a quale elemento sia legato maggiormente lo ione-calcio nel sangue circolante.

Così può esser libero come tale, o la più gran parte in rapporto ai fosfati-ioni rappresentare una entità chimica che può variare determinando di conseguenza una diminuzione degli ioni-Ca nei tessuti dai quali vien tolto in caso di alcalosi del circolo. Se quindi secondo questo concetto ammettiamo un rapporto tra i fosfati organici e la fissazione degli ioni-Ca nei tessuti, ci potremo spiegare il diminuito potere di fissazione di questi con la spiccata distruzione dei fosfati come si verifica appunto nei tubercolosi.

Per Frenderberg invece il disturbo di assimilazione del calcio sarebbe dovuto ad una modificazione dell'equilibrio acido-base nel senso di una acidosi. Poichè le variazioni di calcio e fosforo nel siero sarebbero secondo Howland le determinanti del passaggio dallo stato di dissociazione ionica a quello di fosfato di calcio disciolto nel sangue e successivamente alla precipitazione in solido, si comprende come la concentrazione del calcio e del fosforo nel sangue siano ritenute di somma importanza nella fissazione del calcio. Tale fissazione sarebbe direttamente proporzionata alle soluzioni degli ioni di calcio o del radicale fosfatico contenuto, e una certa conferma a tale ipotesi che è anche quella di Mac Collum, Simmonds, Sherman ed altri per il rachitismo, potrebbe darla lo studio del Goldstein nel rapporto acido-basico nelle urine dei tubercolosi. Infatti nel rapporto tra bifosfati e monofosfati questo A. ha trovato una prevalenza di quest'ultimi e quindi dell'acidosi tanto maggiore quanto la malattia è più grave. È giusto quindi ritenere che nei tubercolosi con il disfacimento dei tessuti e le scissioni delle sostanze proteiche che ne consegue si determina una acidosi che turba il normale rapporto della soluzione del calcio e del fosforo nel metabolismo dei tessuti e nel sangue.

Altre ricerche di Bufano e di altri portano invece, in seguito a cure comparate di cloruro di calcio e di gluconato, a riscontrare nel rapporto potassio-calcio l'elemento fondamentale per l'assimilazione del calcio, e a ritenere che una diminuzione del potassio determini un aumento della calcemia. Quindi gli sforzi terapeutici andrebbero diretti nel senso di diminuire il rapporto potassio-calcio.

Una certa affinità con tale osservazione la troviamo nella teoria fisico-chimica della micella, secondo la quale anzi l'equilibrio vitale è determinato dal calcio-ione. Questo, assorbito dalla membrana perimicellare per feno-

meno elettrico rappresenterebbe, come ricorda Granjou insieme all'equilibrio calcio-potassio e calcio-magnesio il fulcro indispensabile per una vita fisiologica.

Ma accanto all'incertezza così grande nel campo teorico sul meccanismo del metabolismo calcico le difficoltà si accrescono allorchè si passa nel campo pratico alla ricerca del valore calcemico. E purtroppo la maggior parte degli AA., e sono numerosi, che si sono occupati della cura della tbc. polmonare con il calcio non hanno tenuto conto nell'esame dei soggetti che dello stato generale, semeiotico o radiologico dimenticando la ricerca più importante e interessante in tale questione come è appunto la calcemia.

Nelle mie ricerche ho usato il metodo di Kramer-Tisdall basato sul principio della precipitazione del calcio come ossalato, successivamente liberato l'acido ossalico con l'acido solforico si determina il calcio quantitativamente a caldo con aggiunta di permanganato di potassio. Tale ricerca praticata direttamente sul siero sebbene lunga per le numerose centrifugazioni e lavaggi che richiede, m'è sembrata preferibile a quella proposta da Ganassini di evaporare a secco in capsula di quarzo per poi riprendere le ceneri con acido cloridrico. I valori ottenuti col Kramer-Tisdall, nonostante le critiche avanzate a questo metodo da alcuni, mi sono risultati costanti e di buon affidamento. Buona norma in tali misurazioni comparate di valori già deboli m'è sembrata di evitare emazie nel siero lasciando sierare il sangue preso a digiuno e procedendo all'esame 24 ore dopo.

Quanto al modo di somministrare il calcio ho abitualmente associato il fosfato tricalcico per os al cloruro di calcio 10 % per iniezioni endovenose. Sebbene si ammetta dai più che la seconda forma sia da preferirsi, ricordo che alla somministrazione per os si riferiva Ferrier e come ancora oggi tale metodo sia molto diffuso tra gli assertori della « ricalcificazione ». È però ora ammesso che la più gran parte di tal forma passi nelle feci, una parte soltanto si trasformerebbe in cloruro di calcio solubile in presenza dell'acido cloridrico dello stomaco e come cloruro o fosfato acido verrebbe poi a passare in circolo trasformandosi in carbonato e poi fosfato tricalcico in seno ai tessuti.

Recentemente Starling ha concluso che non si avrebbe mai una combinazione con gli albuminoidi, ma il calcio agirebbe solo per azione di presenza come catalizzatore. Tale ipotesi è forse la migliore per spiegare i risultati clinici e i valori calcemici osservati.

Il cloruro di calcio per iniezione endovenosa è dei più assimilati; Delore afferma che il 50% di esso è assimilato e poichè le iniezioni sono di 10 cmc. verrebbe trattenuto nell'organismo in quantità di 50 ctgr. per iniezione. Vediamo ora come corrispondano queste asserzioni alla prova del controllo.

La calciuria frequente nei tubercolosi aveva fatto supporre a Robin, Ferrier, Gaube, una demineralizzazione con ipocalcemia spiccata; però le ricerche eseguite con i vari metodi sono state quasi concordi nel negare un tale risultato. Tutti, anche i malati allo stadio terminale hanno valori normali da 8 a 10 milligrammi per litro, anzi è abbastanza frequente trovare cifre notevolmente maggiori che raggiungono i 12 e anche i 13 milligrammi. Solo Dworsky e Fidler danno valori bassi in tale periodo, nelle mie osservazioni non m'è mai occorsa tale evenienza. Ferro nella tbc. dei bambini riscontra un certo numero di ipocalcemie ma riconosce che tale fatto è dovuto alle condizioni generali dell'individuo come cachessia, febbre, dispepsia, e non al processo tbc. di per se stesso (1).

Dopo aver praticato una cura calcica orale o di iniezione endovenosa, io ho trovato in numerosi casi sempre inviariato il tasso calcemico appena due giorni dopo sospesa la serie delle iniezioni. Queste non turbano l'equilibrio endogeno dello ione-calcio e non alterano in modo permanente il tasso calcemico. Infatti trovo che anche Adler ritiene eliminato anche in un tempo minore tutto il calcio iniettato la più gran parte con le urine e la minore con le feci.

Il più spesso però la curva della calcemia è, specie con le endovenose, a guglia rapidissima, in tre ore si è già tornati al valore normale. Da qualche A. oltre a questo aumento primario ne è stato riscontrato dopo 12-15 ore dalla iniezione un altro di minor portata (appena 0,5 ‰) che è stato interpretato come mobilizzazione secondaria del calcio endogeno. Esclusa quindi la possibilità di trovare un conforto alla terapia calcica in questi dati, vediamo invece nel campo strettamente pratico segnalati risultati molto incoraggianti. Gli AA. parlano di scomparsa della temperatura, della diminuzione dei fatti bronchiali; mentre ritornerebbe insieme l'appetito e migliorerebbe lo stato generale e il peso; il che deporrebbe per una tendenza alla fibrosi.

---

(1) Non meno esplicite sono le conclusioni negative della relazione al recente Congresso di Medicina Interna francese sul metabolismo calcico nei tbc.

Bisogna però osservare subito che il più spesso tali miglioramenti sono temporanei od anche dovuti ad altre cure sanatoriali cui tali p. sono sottoposti, in ogni modo non mi pare logico considerare il calcio come specifico della tubercolosi. Limitazioni a tali possibilità terapeutiche vedo infatti che aveva già poste Jansen quando lo consigliava nelle sole forme chiuse e Castelli quando osservava che dopo il miglioramento iniziale le condizioni si riaggravavano quasi che l'organismo a un certo punto, saturo di calcio e ipersensibile, reagisse a qualsiasi altra introduzione. Anche Bergonzini che, dopo iniezioni di cacodilato di calcio ha praticato tali ricerche, ha trovato che i valori rimanevano quasi invariati: però il gruppo cacodilico contribuisce troppo terapeuticamente perchè se ne possa trarre qualche conclusione sull'azione del calcio anche perchè questo A. l'ha provato in malattie varie e solo raramente nella tbc. polmonare.

Del resto l'azione tutt'altro che persuasiva del cloruro di calcio assoluto per endovenose può esser dimostrato ad esempio da questo caso occorsomi nell'attuale studio e che voglio riportare.

L. Appio, a. 20, falegname. Entra in reparto il 28-IV-31.

Anamnesi: venti giorni fa in completo benessere, lieve emottisi durata tre giorni con febbre a 37°,5; attualmente è apirettico, scarsa tosse e dolenzia alla spalla destra.

E. O.: condizioni generali buone. Torace: ipofonesi regione sopraspinosa sinistra, ove si nota respirazione intercisa, non rantoli, lieve broncofonia.

Radiografia: infiltrazione apicale sinistra; espettorato ripetuto varie volte anche con arricchimento dell'antiformina è sempre negativo.

Decorso: il 15 maggio si pratica la calcemia che dà il 10 ‰ e subito si inizia una serie di endovenose di 10 cmc. di cloruro di calcio al 10 %; a giorni alterni, dopo un giorno dalla decima iniezione la calcemia è 10 ‰; tali iniezioni si continuano fino a raggiungere un totale di 22 il 22 giugno. In tal giorno la calcemia è di 14,5 ‰; dopo otto giorni nei quali sono state sospese le iniezioni la calcemia è di 9,95 ‰. Esce il 30 giugno dopo una radiografia di controllo che dà lieve diminuzione dell'infiltrato apicale; obbiettivamente il reperto è come all'ingresso, peso leggermente aumentato.

Il 4 settembre colto da improvvisa emottisi viene ricoverato con febbre continua a 38,5-39,5. Al cessare dell'emotto si può rilevare una broncopolmonite bilaterale diffusa, espettorato positivo, conferma radiografica; *obitus* il 23-IX-31.

Da questa esposizione quello che a noi più interessa non è tanto la diffusione acuta del processo imputabile all'emottisi ma il comportamento del tasso calcemico che è rimasto invariato al 10 ‰, tranne nell'esame praticato lo stesso giorno dall'ultima iniezione nel quale era salito a 14.5 ‰ per ridiscendere dopo qualche giorno a 9,95.

In numerosi altri casi l'esame della calcemia non si è modificato in modo apprezzabile anche dopo una lunga serie di endovenose. Certamente il calcio viene rapidamente eliminato in tali p. per le urine, fatto osservato da Jansen e successivamente confermato da Heubner, Neurath e Rey: da tre a dieci ore dopo la iniezione. Solo Schaffler ha trovato una ipercalcemia persistente oltre le 24 ore, ma tali risultati sarebbero ottenibili solo con il gluconato i cui ioni-Ca si scinderebbero lentamente a differenza del cloruro. Anche Ferro che ritiene la terapia calcica provvista di azione chemioterapica antitubercolare riconosce che con la forte calciuria seguente all'iniezione, l'ipercalcemia non supera il periodo di un paio di ore.

Quanto all'evenienza che l'aumento del tasso calcemico osservato possa essere in rapporto a mobilizzazioni e spostamenti del calcio endogeno anzichè a quello iniettato mi sembra poco probabile poichè esso presumerebbe un tale disturbo dell'equilibrio calcico che richiederebbe molte più ore per determinarsi e persisterebbe più a lungo.

Se però dobbiamo concludere che il calcio iniettato anche a lungo e per endovena viene rapidamente eliminato con questo non possiamo negare una certa possibilità terapeutica; il dato di fatto empirico del miglioramento magari temporaneo, in numerosi p. esiste e l'esperienza sanatoriale lo conferma. Ed allora quale potrà essere il suo mezzo di azione?

I sostenitori di tale terapia hanno trovato una notevole molteplicità di azione del calcio nell'organismo, che va dall'aumento della fagocitosi e della coagulabilità sanguigna, alla azione tonica sul simpatico e ausiliaria del meccanismo immunitario, dall'equilibrio ionico Ca-potassio all'antianafilattica, e ciò che interessa la tbc., la tendenza ad isolarsi e depositarsi nei focolai necrotici. A proposito di tali depositi in anelli concentrici e pericapsulari costituenti gli anelli di Liesegang ricordo che la nuova chimica colloidale ne spiega la formazione con la trasformazione da sale solubile in insolubile per il passaggio dello stato di sol a quello di gel.

Ma fra tante nozioni così disparate l'azione del calcio nella tbc. non è ben definita; forse ci si potrebbe contentare, come già ai suoi tempi Hamburger a proposito della scarsissima ritenzione del ferro nonostante la sua azione emopoietica, poter dire che il calcio ha una funzione stimolante sul ricambio o per

esprimersi chimicamente una azione catalizzatrice sull'organismo.

Del resto l'insuccesso di tale cura isolata è molto più frequente di quanto non si creda; Calmette e Maragliano sono molto scettici sulle sue possibilità, così Fesce e poi Maendl che l'esperimentò in ben 250 tbc., senza risultato apprezzabile.

In alcune considerazioni critiche del Fratini, sulla terapia calcica, l'O. per la mancanza delle stimmate tetanoidi (Chvostech ed Erb) e per altre ragioni dubita dell'ipocalcemia dei tbc.; ed è non meno scettico sulla possibilità di aumentare la calcemia con la somministrazione di calcio (1).

*
* *

L'idea di determinare una calciopessi con l'aiuto di un agente cosidetto fissatore risale a vari anni e molte sostanze sono state proposte a tale scopo. L'adrenalina, che la scuola francese per prima consigliò, ha dato risultati più che dubbi; accanto a Russo che l'ha trovata utile, Mauriquaud, Richard e la maggior parte degli AA. negano ad essa una tale azione. Maggiore è stato il favore che ha accolto l'uso della tiroide e della paratiroide, ma senza risultati concordi; lo stesso deve dirsi dell'endoipofisina e della ghiandola pineale. Ma sopratutto la scoperta per opera di Windaus della vitamina D ottenuta per irradiazione della ergosterina della quale rappresenta una isomerizzazione ha riattivato le ricerche nel campo della fissazione del calcio anche nella tbc. polmonare.

Tra gli studi sperimentali in proposito merita speciale considerazione quello di Levaditi e Li-yan-po. Se veramente i tubercoli guariscono per la facoltà dell'organismo di imprigionare i bacilli, l'ergosterina irradiata che ha azione calciopessica non solo sulle ossa ma anche nei vari parenchimi (reni, fegato, polmoni, aorta), il tentativo meritava la migliore considerazione. La cosa riesce anche suggestiva perchè con ergosterina irradiata Pfannenstiel Kreimair e Moll avevano osservato depositi calcarei nella sede di focolai infiammatori cronici.

Nella tbc. testicolare sperimentale somministrando agli animali ergosterina irr. Levaditi trova depositi calcarei maggiori che nei contrôlli e sopratutto oltre che nella zona caseificata osserva formazioni globose di calcio nel tessuto circostante. Tali depositi, includerebbero il bacillo, come speciali metodi permettono di riscontrare, ricordando le classiche ricerche di Metchnicoff. Simounet e Tauret hanno osservato nella tbc. polmonare del coniglio che se all'animale era stato somministrato ergosterolo irradiato il quantitativo di calcio nel parenchima polmonare aumenta da 1 a 80 mentre lasciato alla sola reazione dell'organismo l'aumento è di 1 a 5. Sempre sperimentalmente Michelazzi con ergosterina irr. ha ottenuto depositi in zone abitualmente esenti (fissazione eterotopica); così pure Policard, Paupert, Ravault.

Balice su conigli ai quali aveva inoculato nei polmoni patina batterica e praticato la frenico-exeresi con associazione di calcio e sterogyl ha trovato al tavolo numerosi focolai calcificati molto più progrediti che nei controlli. Ancora più recentemente Pachioli in animali ai quali aveva determinato un pneumotorace ha osservato una più facile calcificazione se alle iniezioni di cloruro di calcio si associa l'ergosterina irr., e con la colorazione vitale ha messo in evidenza in questi casi una proliferazione di elementi aventi funzione istiocitaria e pone ciò in rapporto con l'attività calciopessica aumentata.

Passando nel campo clinico vediamo attribuire grande importanza alla vitamina D nelle varie terapie della tubercolosi, dall'olio di fegato alla dieta di Gerson. La possibilità di poter somministrare con facilità un preparato contenente un'altissima quantità di vitamina D, come è appunto l'ergosterina irradiata, sebbene tale identità sia oggi molto discussa, ha ispirato diversi AA. a servirsene nella tbc. Prima ci si è rivolti alle forme ossee a lento decorso, e Patterson ottenne in adolescenti miglioramenti notevoli, poi Plath riferisce di tbc. ossea e ghiandolare in cui ottenne la chiusura di tutte le fistole meno una.

Nel campo polmonare Menchel nelle forme aperte riscontra una regressione del processo flogistico con assorbimento dei processi essudativi, formazione di tessuto connettivo cicatriziale, diminuzione della febbre e aumento del peso. Iudica-Cordiglia somministrando l'ergosterina irr. in donne tbc. e gravide ha osservato miglioramenti delle condizioni generali e parti regolari. Da sola o associata a sali di calcio è stata pure usata da Cordia nelle forme fibrose con buoni risultati.

Se però numerosi sono gli AA. che hanno usato con successo l'associazione calcio ed ergosterina nella tbc. polmonare, altrettanto scarse sono le ricerche calcemiche in tali malati; il più spesso ci si riferisce alle ricerche

(1) Lo stesso Campani, vecchio assertore della calcioterapia nei tbc., riduce l'azione allo stimolo neuro-vegetativo che determina il Ca alle prime introduzioni e che poi s'esaurisce.

sperimentali per i valori calcemici. Vedo però che in un recente lavoro Ferro riferisce di aver riscontrato con l'uso associato di ergosterolo e R.U.V. aumento della calcemia solo in alcuni p. precedentemente ipocalcemici, e non accompagnato da un parallelo miglioramento clinico.

Cifre di notevole interesse espone Gyorgy che sebbene si occupi specialmente della soglia di tossicità dell'ergosterina irr., espone i valori calcemici osservati durante tale trattamento. Somministrando dosi medie di vigantolo ad adolescenti tbc. per un periodo di vari mesi egli trova che la calcemia permane a un dipresso invariata, talvolta anzi registra lievissime diminuzioni, nei bambini invece sottoposti a forte dosi riscontra ipercalcemia. Però mentre nei primi le condizioni generali e il peso aumentano, nei secondi ipercalcemici il peso diminuisce e le condizioni peggiorano. Da tali rilievi e da altri che per brevità non espongo l'A. conclude che l'ipercalcemia è l'esponente di intossicazione da ipervitaminosi, e che come avevano notato Hess e Lewis, si accompagna a un grave deperimento generale. Indipendentemente da questi disturbi più esattamente chiamati ergosterismo da quanto ho riferito risulta come sia fallace ritenere l'ipercalcemia sinonimo di miglioramento.

Ed espongo ora i miei casi più degni di rilievo. Premetto anzitutto che tale lavoro mi fu ispirato dai miglioramenì notevoli che avevo ottenuto in due malate di tbc. cui avevo somministrato senza alcun esame una cura calcio-ergosterina. Successivamente volli procedere ad un esame più ordinato prendendo nei p. valori calcemici prima e dopo la cura dalla quale avevo tolto completamente ogni altra sostanza, ed accompagnandolo con i controlli radiografici e del peso. Nelle serie che riporto ho escluso tutte le forme incerte di bronchiolite apicale, per maggior garanzia ho sottoposto a tale trattamento solo p. con espettorato positivo, febbre intermittente, e discreti fatti umidi polmonari, talvolta fenomeni cavitari. Accertato radiograficamente lo stato della lesione sospendevo qualsiasi altra terapia e praticavo la 1ª calcemia. Poi ai malati praticavo a giorni alterni iniez. di cloruro di calcio al 10 % in fiale di 10 cmc., contemporaneamente somministravo quotidianamente 1 gr. di tricalcina *per os* e 20 gocce di ergosterina irradiata avanti i due pasti.

Dopo un periodo di 35, 45 giorni veniva sospesa ogni terapia e praticato il confronto del peso, clinico e radioscopico, al quarto giorno procedevo alla calcemia di confronto.

CASO I. — Luisa Gre, a. 21. Anamnesi. Da 5 mesi tosse, scarso catarro, dimagramento, astenia intensa, febbre serotina.

E. O.: Condizioni generali buone. Polmoni: forte ipofonesi nella regione sopraspinosa e interscapolare d. ove si ascolta respiro aspro accompagnato da numerosi rantoli a piccole bolle; a sin. nella regione sopraspinosa e interscapolare dopo i colpi di tosse rantoli piccoli inspiratori.

Radiog. Notevole addensimento dell'apice e sottapice d. con mezzatura del sottostante ambito e dell'apice e sottapice sin.

Decorso: All'ingresso pesava 52 kgr. ma dopo un mese di degenza nonostante una cura generale il peso era sceso a kgr. 41, si sente molto debole

1ª calcemia il 1-VIII da 10,20 ‰; s'inizia subito una serie di endovenose di cloruro di calcio e contemporaneamente Calciosterina per os. Il 4-IX al sospendere della cura la p. dice di sentirsi molto meglio, ha meno tosse è più forze. Obbiettivamente i fatti umidi sono diminuiti; radiog. invariata.

IIª calcemia 9 ‰. Peso kgr. 43.

CASO II. — Clelia Bru.., a. 38. Anamnesi: ha avuto lues curata, assistette 12 anni fa un congiunto tbc., da 15 mesi tosse, catarro, dimagramento, sudori profusi, emottisi 10 mesi fa.

E. O.: Cond. generali discrete. Polmoni: Aumento del fremito ad entrambi gli apici e ipogenesi sugli stessi maggiore a d. all'ascoltazione; a d. nella sopraspinosa respiro soffocante accompagnato da scarsi rantoli consonanti; a sin. respiro aspro in alto accompagnato da rantoli a piccole bolle.

Radiog. Notevole addensamento della regione medio-toracica d. delimitante in alto una grossa areola, a sin. opacamento dell'apice e sottapice.

Decorso. Durante la degenza è diminuita ancora di peso, all'inizio della cura pesa kg. 53,500.

I calcemia (22-VII), 11,3 ‰. Si inizia una serie di iniezioni di cloruro di ca. e si somministra per os Irrasterina 20 goccie avanti i due pasti.

Il 2-IX si sospende la cura e si praticano gli abituali controlli.

Clinicamente i fatti umidi sono migliorati, alla radiog. la zona medio toracica d. è meno addensata, persiste l'areola; subbiettivamente la p. si sente molto più in forze

II calcemia (4-IX), 8 ‰. Peso kg. 56.

CASO III. — Jolanda Ze., a. 16. Anamnesi: da qualche mese tosse, scarso espettorato, febbricola, dolore alle spalle, dimagrimento.

E. O.: Discreto stato generale. Polmoni: lieve ipofonesi apicale, d., base sin. si espande poco; all'ascoltazione a d. nella reg. sopraspinosa respiro interciso accompagnato da scarsi rantoli piccoli inspiratori; alla base d. fatti umidi scarsi.

Radiog. Apice d. un po' velato, accentuazione bilaterale dell'ombra dell'ilo; opacamente della base sin.

Decorso. Al suo ingresso ha febbre vespertina, si sente debole, pesa kg. 45 discreta espettorazione.

I calcemia (22-VII), 12 70 ‰. Inizia subito una cura di calciosterina per os ed iniezioni di cloruro di calcio fino al 31-VIII. Al terminare di que-

sta si sente molto più in forze, è diminuito l'espettorato, scamparsa la febbre. Clinicamente i fatti basali sono scomparsi, persistono scarsi all'apice d. Radiog.: lieve ristrettezza e velatura apicale sin.

IIª calcemia (3-IX), 11 ‰, il peso è salito a kg. 51.

CASO IV. — Antonio Po., a. 32, frenatore ferr.. Anamnesi. Un fratello è morto di tbc. polm., una sorella ha sofferto di pleurite; il p. da un mese ha febbre, tosse, deperimento, disfonia.

E. O.: Cond. gen. scadute. Polmoni: ipofonesi apicale sin. all'ascoltazione a d. respiro aspro, espirazione intercisa; a sin. nella sopraspinosa scarsi rantoli piccoli fini inspiratori che si avvertono anche nella sopra e sottoclaveale dello stesso lato.

Radiog. Infiltraz. bis-ilo-apicale specie a sin.

Decorso. Gli vien praticata per circa un mese una cura ricostituente ottenendo lieve aumento di peso ma continua la febbricola e l'astenia.

I calcemia (12-X), 11,60 ‰, pesa kg. 54. Si inizia una cura di cloruro di Ca., endovenosa (20 iniez.) e di calciosterina per os. Al termine di questa (1-XII) la febbre è scomparsa, si sente meglio, obbiettivamente scarsi rantolini dopo la tosse all'apice sin.

II calcemia (5-XII), 10 ‰, pesa kg. 60,500.

CASO V. — Margherita Ce., a. 21. Anamnesi: quattro mesi fa improvvisa emottisi da allora febvespertina, discreto espettorato.

E. O.: Cond. gen. scadute. Polmoni: netta ipofonesi, fossa sopraspinosa d., lieve riduzione apicale sin.; all'ascoltaz. rantoli a medie e piccole bolle, numerosi nella sopra e sottospinosa d. apprezzabili anche nella sopraclaveare.

Radiog. Ha pratica per tre mesi cure varie senza arrestare il deperim.

I calcemia (22-VII), 10 ‰, peso kg. 45. Comincia subito la terapia calcio-irrasterina, ma la febbricola continua, si sente debole fino al cessare della cura ed il catarro aumenta. A cessare di questa i fatti obbiettivamente sono più abbondanti, radiogr. marezzatura sottapice e medio torace d., velatura apicale sin.

II calcemia 13,50 ‰, pesa kg. 45.

CASO VI. — Letizia Flo., a. 17. Anamnesi: Da sei mesi la p. dopo una influenza con febbre a 39 è cominciato a notare catarro e febbre intermittente.

E. O.: Condiz. gen. scadute. Polmoni: riduzione della metà sup. dei bilateralmente specie a d., rantoli piccoli bilaterali nelle zone stesse.

Radiogr.: Marezzatura dei 2/2 sup. dei due polmoni.

I calcemia 9,60 ‰ (22-VII), peso kg. 39,800. Inizia una cura calcio-irrasterina che continua fino al 30-VIII. Al termine la p. si sente meglio, radiog. e clinicamente non si avvertono differenze notevoli.

II calcemia (3-IX) 10,8 ‰. Peso kg. 42,500.

Riepilogando, possiamo dire che nei primi quattro casi l'associazione calcio endovenoso ed ergosterina irradiata ha determinato in tutti un miglioramento delle condizioni generali e del peso, però contemporaneamente è diminuita notevolmente la calcemia. Quanto agli ultimi due nei quali la calcemia è aumentata, in uno ho riscontrato peggioramento dei fatti umidi e invariato il peso, l'altro che obbiettivamente riporto rappresenta con il leggero aumento di peso, un'evidente eccezione.

Tali risultati veramente inaspettati mi hanno lasciato dapprima un po' dubbioso sull'esattezza dei dosaggi, ma convinto successivamente di essi ho dovuto concludere confermando timide affermazioni di alcuni AA. che non si può, almeno nei tbc., trasportare *sic et simpliciter* i dati sperimentali di animali di laboratorio. L'aumento della calcemia anche in casi che qui non riporto s'accompagnava a peggioramento, il contrasto con il caso N. 6 ci dice però che bisogna esser cauti nel voler troppo generalizzare e che forse non tutti i p. si comportano ugualmente.

Dopo tali risultati, ricordando che le sole iniezioni di calcio non avevano mai determinato ipocalcemia, mi domandai se non avessi dovuto attribuire tale fenomeno alla semplice somministrazione di ergosterina irradiata. Ma le ricerche da me praticate a tale scopo sono state completamente negative; come il calcio, l'ergosterina irradiata da sola non modificava il valore calcemico. Eccone un esempio.

Cesira Ca., a. 15. Ricoverata nel settembre 30 per broncopolmonite tbc. sin. le venne praticato un pneumotorace che per sopravvenuto idrotorace dovette esser sospeso, stabilendosi in tal modo e gradualmente un fibrotorace con persistenza di febbricola.

I calcemia (30 aprile), 9,90 ‰, pesa kg. 43,5 inizia dal 1-V sterogyl e tricalcina per os.

II calcemia (1° giugno) 10 ‰, successivamente seguita solo sterogyl, ma la febbricola rimane quasi invariata.

III calcemia (22 giugno), 10 ‰. Si sente lo stesso pur essendo aumentata leggermente dall'inizio della cura raggiungendo i 45 kg. Sospende lo sterogyl e dopo sette giorni la calcemia è tornata a 9,90 ‰.

In questa malata lo spostamento del valore calcemico è stato minimo come indica l'aumento di 1/10 di mmgr. dopo due mesi di cura per tornare dopo sette giorni di sospensione al valore di partenza. Nè un tentativo di tal genere di cura di calciopessi senza calcio poteva *a priori* giudicarsi inutile poichè ammesso che nei tbc. vi sia deficienza di tale potere fissatore sarebbe più logico somministrare una sostanza fissatrice anzichè del calcio medicinale che viene regolarmente restituito in poche ore. Poichè mentre la perdita quotidiana di CaO è di gr. 1,50 al giorno l'assunzione con il cibo è di gran lunga maggiore (3 gr. circa di vitto usuale) e quindi v'è ampia possibilità di fissare il Ca organico alimentare.

I risultati che ho riscontrato non devono sorprendere perchè queste terapie calciofissatrici al controllo clinico non danno la ipercalcemia vantata sperimentalmente, Ferro in bambini tbc. associando ergosterolo irr. e R.U.V. ha, come ho ricordato precedentemente, osservato che l'aumento del calcio nel siero non s'accompagna affatto a contemporaneo miglioramento clinico. È ovvio che con fortissime dosi di ergosterina irradiata noi riusciamo ad elevare la calcemia, ma questo fatto che s'accompagna a cachessia e a deposito di calcio negli organi e nei vasi è ormai ritenuto come un sintoma dell'intossicazione da ergosterismo e niente affatto una prova del valore terapeutico.

Gli stessi Policard e Paupert hanno nel confermare sperimentalmente con ricerche anatomo-patologiche l'azione calcificante dell'ergosterina irr. affermata da Levaditi a Parigi e da Spiers a Boston, richiamato l'attenzione sulla fortissima dose occorrente per un apprezzabile deposito calcareo nei polmoni. Nel secondo lavoro in proposito da Levaditi viene infatti riconosciuto che l'azione calcificante dell'ergosterina irr. da sola confina con la dose subtossica, pur richiamandosi per il valore terapeutico a Villaret e Justin-Besançon.

Da tutto ciò possiamo concludere che la calcemia non si modifica nè con il calcio nè con l'ergosterina dati isolatamente, associati i valori calcemici tendono a modificarsi sperimentalmente, raramente aumentando ma molto più spesso diminuendo. Nelle ricerche suesposte i risultati terapeutici migliori si hanno appunto in seguito a tale associazione. Ed anche le ricerche sperimentali hanno dimostrato la possibilità calcio-fissatrice di tali associazioni meglio che la semplice ergosterina o il solo calcio.

Dobbiamo quindi ritenere che veramente tali miglioramenti terapeutici trovano conferma nella maggiore calcificazione osservata; molto diversa si presenta la questione del rapporto calcemia e miglioramento. Nei casi da me esposti, tranne il caso N. 6 che fa eccezione, la diminuzione della calcemia s'è accompagnata a miglioramento dei p.

Certamente questo miglioramento, anche perchè la cura non ha mai superato i due mesi, non è stato sbalorditivo, però si è indubbiamente verificato specie in riferimento alle condizioni generali.

Pretendere molto di più nel reperto polmonare in così breve periodo di cura e ricordato che qualche p. era cavitario, sarebbe attendersi troppo.

*
* *

Da quanto sopra ho esposto non mi sembra che si possa neanche lontanamente identificarsi il ricambio calcico del tbc. con quello dei topi messi a dieta rachitogena di Mac Collum; e quindi di conseguenza nè i R.U.V. nè l'ergosterina irr. determinano quell'aumento di calcemia che si riscontra negli animali. Senza voler presumere dalla sola calcemia come si svolga il ricambio calcico nel tbc., possiamo però ritenere come non accettabile la presunta decalcificazione in tali p., asserzione che si basa sulla semplice calciuria. La calcemia praticata da vari AA. non ha mai dimostrato una notevole diminuzione, tranne in casi di cachessia terminale, il ricambio calcico s'è ad un dipresso dimostrato normale; anche Ricci nel nostro Sanatorio non è molto ha confermato tale conclusione.

È perciò ozioso voler aumentare una calcemia perfettamente normale, mentre sappiamo ad es. che nell'uomo se vi riusciamo coincide con l'intossicazione ergosterinica e col deperimento grave. Nulla ci vieta di presumere che tale ipercalcemia sia l'esponente non già di un'aumentata calciopessi ma di una perdita del calcio precedentemente fisso e che in tal modo venga riversato nel sangue. Una simile ipotesi, che cioè l'ipercalcemia sia dovuta a sottrazione e non ad aumento di calcio dai depositi organici, trovo avanzata da Guassardo e De Candia che hanno studiato il ricambio calcico in seguito a somministrazione di estratto ipofisario e pineale. L'ipercalcemia è pure molto frequente nella osteomalacia (Spilmann, Badolle, Sarvonat, Rebattu, ecc.).

In tutti i miei p. in cui il miglioramento s'è accompagnato a diminuzione del tasso sono propenso a credere, sebbene a taluno ciò sembrerà paradossale, che i tessuti per una aumentata ritenzione istiogena sotto l'azione calcio-ergosterina tendano a sottrarre e fissare il calcio circolante. Tale ipotesi ricorda la utatoitsechia di Gudzent e di Umber nella patogenesi della gotta e potrebbe ben spiegare la calcificazione sperimentale, l'abbassarsi della calcemia e il miglioramento clinico. Non mi lusingo con ciò di aver risolto un problema che per la complessità delle questioni connesse richiede una lunga serie di ricerche in intima collaborazione con la chimica biologica, credo soltanto utile richiamare l'attenzione sulla calcioterapia e calciofissazione di cui in questi ultimi anni si è parlato a proposito e a sproposito nel campo medico e anche fuori di esso.

Il metabolismo calcico è anche nel sano ben lungi dall'esser noto, oggigiorno non posse-

diamo che dei punti di vista sull'argomento, come dice acutamente Granjou, in odontologia, in chirurgia, in ostetricia, ma si attende ancora una visione sintetica che possa risolvere intera la questione del ricambio calcico. Solo successivamente conosciuto tale metabolismo si potrà studiare se il ricambio calcico del tbc. è veramente modificato. Quanto all'azione calciofissatrice dell'ergosterina irr. isolata se è ammessa per il tessuto osteogeno, è più che dubbia per i vari parenchimi poichè anche secondo parecchi sperimentatori ne occorrono, per ottenere questo effetto, dosi subtossiche. Forse l'associazione da me e da altri tentata potrà col tempo trovare un impiego più razionale a tale scopo. Resterà poi ultimo e più importante problema confermare che la calcificazione dei focolai tbc. è la causa e non un esito a cui può andare incontro un tessuto tbc. già scleroso specie se incapsulante un nodo caseoso.

In attesa che vengano chiariti tali quesiti m'è sembrato non inutile studiare su pazienti l'azione isolata o associata dell'ergosterina irr. controllando le modificazioni calcemiche.

Le conclusioni terapeutiche a cui sono giunto mentre sono negative per i due farmaci isolati sono nettamente incoraggianti per tale associazione. Pur ammesso che il fattore psichico possa nei p. dare l'illusione di un miglioramento temporaneo non mi sembra si possa escludere qualche cosa di più concreto nei miei p. Credo che si potrebbe tentare molto spesso con buon effetto questo sistema di terapia, purchè si tratti di forme a decorso subfebbrile e con fatti umidi non abbondanti.

Circa l'ergosterina irr. di varie Case da me usata, essa si è dimostrata alle dosi abituali ben tollerata dai p. e di uguale effetto terapeutico, nessun inconveniente lamentato da alcuni AA. mi è mai occorso. Ritengo perciò che tale metodo di cura sia da tentare più spesso di quanto non si pratichi sia per la sua innocuità sia perchè in linea teorica almeno ha più ragione d'essere delle abusate semplici iniezioni di calcio con la fugacissima ipercalcemia.

Le conclusioni sul tasso calcemico sono forse più interessanti poichè mentre da un lato hanno confermato quanto già notarono parecchi AA., che cioè esso è normale nei tbc., dall'altro risulta che la sola associazione calcio-ergosterina tende a spostarlo diminuendolo nei p. che migliorarono.

RIASSUNTO.

Ricordata la grande diffusione dell'uso del calcio nella tbc. polmonare di cui combatterebbe una asserita decalcificazione, l'A. passa in rassegna le teorie sul ricambio calcico; rileva poi con ricerche su p. come la calcemia nel tbc. sia normale nè si modifichi in modo stabile in seguito ad iniezioni in serie di calcio endovena.

Dall'associazione di ergosterina e calcio l'A. ha invece ottenuto il più spesso miglioramenti che s'accompagnano allo stabilirsi di una ipocalcemia, mentre nessun risultato terapeutico nè variazione calcemica ha riscontrato con l'uso dell'ergosterina irr. da sola.

BIBLIOGRAFIA.

Balice. *Ergosterina irr. su focolai tbc. polmonari*, ecc. Giorn. di Tisiologia, 1931, n. 6.

Bsecker. *Vigantolo e calcioterapia nella tbc. polm.* Deut. mediz. Wochen, 1930, n. 24.

Bergonzini. *Ricerche sul ricambio del calcio e sull'azione terap. dei suoi sali.* Minerva Medica, a. IX, vol. II, n. 30.

Bufano. *Le basi sperimentali della terapia calcica.* La clin med. ital.,1928, n. 6.

Campani. *La terapia calcica*, in *La Tisiologia nella pratica medica*, 1933, Wassermann.

Castelli. *La terapia calcica nella tbc. pol.* L'Ospedale Maggiore, 1927, n. 6.

Crippa. *Calcioterapia prolungata negli stati avanzati di tbc.* Riv. di pat. e clin. della tbc., 1930, n. 10.

De-Candia. *Azione dell'estratto pineale sulla calcemia.* Rev. fr. d'endocrin., 1931, n. 1.

Delore. *Sur le métabolisme du calcium et la Ca. thérap. dans la tbc.* Lyon-médical, 1926, IX.

Ferro. *Calcioterapia e tbc.* Progressi di terapia, 1931.

Id. *Il valore della calcemia in bambini tbc. coi R.U.V. ed ergost. irr.* Clinica e igiene infan., 1931, n. 4.

Fratini. *Considerazioni critiche sulla terapia calcica.* Rassegna clinico-scientifica, I.B.I., n. 4, 1933.

Gyorgy. *Sull'azione dell'egosterina irr.* Klin. Wochen, 1929, n. 15.

Goldstein. *Il rapporto acido-basico nell'orina dei tbc.* Gior. di tisiol., 1930, n. 11.

Granjou. *Le métabolisme du calcium.* Marseille-méd., 1932, 15, VII.

Iudica-Cordiglia. *Ergosterina irr. nella tbc. polm. e gravidanza.* Riv. di ostet. e ginec., 1930, n. 1.

Levaditi e Li-Yan. *Etude expér. de l'ergostérol irr.*, La presse méd., 1930, n. 11.

Id. *Etude de la calcif. des lesions tbc. sous l'influence de l'ergostérol.* La presse méd., 1931, 31, n. 101.

Luciani e Filomeni. *Sull'assimilabilità dei vari sali di ca.* Riv. di biologia, vol. XII, 1930.

Mauriquaud, Leurer. *Recherches sur les fixateurs du Ca.* La presse méd., 1929, n. 12.

Menschel. *Di un metodo di cura mediante vt. D nella tbc. pol.* Münch. med. Woch., 1930, n. 6.

Michelazzi. *Sull'azione calcificante dell'ergosterina irr.* Riv. di pat. sper., 1930, vol. V, n. 6.

Pachioli. *Contributo allo studio del pnz e il potere calciopessico.* Giorn. di Clin. Medica, VI, 1932.

Policard, Pauper-Ravaut. *Action calcif. de l'erg. sur les lésions tbc. expér.* C. R. Soc. de Biol., 1930, II, p. 633.

Ricci. *Il ricambio del Ca. nella tbc. pol.* Fisiologia e medicina, 1930, n. 7.

RICHARD. *Métabolisme des sels de chaux et calciurie dans la tbc.* Thèse de doc., 1923.

RUSSO. *Ricerche sper. sul potere di fissazione del ca. dei tessuti.* Fisiologia e medicina, 1930, n. 9.

SEYDERHELM. *Osservazioni cliniche sulla Selvadin, preparato di Ca. iniettabile.* Deut. Med. Woch., 1932, n. 11.

SIMOUNET e TAURET. *La calcification du poumon dans le lapin, ecc.* C. R. Académie des sc., 1930, 23, VI.

SPILMANN. *Ostéomalacie* in *Nouveau Traité de Pat. di* ROGER-WIDAL. Paris, 1924, fasc. 22.

STEVARD ISRARD. *Calcio e tbc.* Tesi in igiene, Philadelphia, 1925.

TOMASINELLI. *L'azione calcif. della vit. D.* Riv. it. di ter., 1929, n. 9.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Genova
diretto dal prof. N. PENDE.

Contributo clinico ed anatomo-patologico alla patogenesi costituzionale della cirrosi epatica atrofica.

(Un caso di cirrosi di Laënnec famigliare).

Prof. dott. SILVIO DE CANDIA, assistente.

In un mio recente lavoro (*Accademia Medica*, n. 23, 1930), riguardante un caso di cirrosi di Laënnec in un giovane di 26 anni, in cui non esisteva alcuno dei soliti momenti eziologici di tale malattia, mi sono ampiamente occupato della patogenesi costituzionale della cirrosi epatica atrofica, dagli studi del De Giovanni a quelli più recenti di Viola, Castellino, Pende, D'Amato, Sabatini, Goldziher, Chwostek, J. Bauer, ecc. In base a tali studi si può pensare verosimilmente che la cirrosi epatica di Laënnec è una malattia generale, costituzionale, vera *mesenchimosi iperplastica-cirrogena* di alcuni organi, specie il fegato, la milza ed il pancreas, la cui patogenesi, secondo il mio maestro, prof. Pende, è da riportarsi quindi non ad una causa specifica, unica, che spesso manca; ma principalmente ad una costellazione di fattori endogeni, costituita da un lato dal terreno linfatico torpido e dalla diatesi fibroplastica, dall'altro lato dall'insufficienza costituzionale di alcune ghiandole endocrine, come la tiroide, i surreni e le ghiandole genitali. A quest'ultimo riguardo sono molto interessanti le recentissime osservazioni di Barrelet di Ginevra (citato dal D'Amato: v. dopo), il quale ha fatto un esame istologico sistematico delle ghiandole a secrezione interna in molti casi di cirrosi epatica. L'organo più frequentemente colpito sarebbe il testicolo, in cui si ha atrofia dei tubuli seminiferi ed iperplasia delle cellule interstiziali: il Barrelet ammette la costanza nella cirrosi epatica della diminuzione di volume dei testicoli: al contrario l'ovaio è normale. Anche la tiroide è piccola e con sostanza colloide poco abbondante. L'ipofisi invece dimostra scarse alterazioni, mentre la ghiandola pineale è normale. A carico dei surreni si ha una povertà di lipoidi, talvolta con segni di sclerosi ed imagini pseudoghiandolari a carico della corticale. Il pancreas era leso nei 3/4 dei casi: la lesione più frequente era data da una proliferazione del connettivo interstiziale con consecutiva atrofia della porzione parenchimale; nel 6 % dei casi la sclerosi aveva colpito anche le isole di Langherans, determinando una sindrome diabetica.

Tali osservazioni del Barrelet sono veramente interessanti, ed associate a quelle degli AA. sopra citati, specialmente nei casi di cirrosi di Laënnec ad eziologia muta, appoggiano con fondatezza la patogenesi costituzionale di tale malattia. Tuttavia vi è qualche Autore, che nega recisamente l'importanza del fattore costituzionale nella patogenesi della cirrosi epatica, e tra questi sopratutto il Rössle, il quale pensa che la diatesi connettivale possa ammettersi tutt'al più nell'emocromatosi di Askanazy, che è appunto la forma più rara di cirrosi, ed aggiunge che non si è mai vista la cirrosi del fegato ripetersi in più generazioni.

Questa affermazione così esplicita ed assoluta del Rössle è molto avventata, perchè non tien conto di tutte le osservazioni di AA., anche di valore indiscusso, riguardo al fattore costituzionale della cirrosi epatica: se in clinica è degno del massimo rispetto un giudizio relativo, che può essere l'espressione di un elevato potere critico, l'assolutismo non ha ragione di esistere.

Nessun Autore è arrivato finora a questa conclusione, perchè quasi tutti, chi più, chi meno, ammettono l'importanza del fattore costituzionale. Così il D'Amato nella sua magistrale relazione sulle epatiti croniche, al Congresso Italiano di Medicina Interna dell'anno scorso, con grande oculatezza ed obbiettività di giudizio dice: « Io penso che dal fattore costituzionale non si possa prescindere, almeno in un buon numero di casi di cirrosi del fegato; ma la difficoltà consiste nel rendersi conto e spiegare in che cosa più precisamente consiste e come agisce nel predisporre gl'infermi ad ammalare. Ecco il punto che merita di essere severamente chiarito ».

Le moderne ricerche sulla cirrosi epatica devono quindi convergere in questa direzione.

Il presente lavoro ha lo scopo di portare un piccolo contributo al chiarimento della patoge-

nesi costituzionale della cirrosi di Laënnec, perchè riguarda un caso interessante e raro di cirrosi epatica a carattere nettamente famigliare.

Trattasi di due fratelli morti entrambi per cirrosi epatica atrofica in età giovane, uno all'età di 26 anni (di cui mi sono occupato nel lavoro suddetto), l'altro all'età di 35 anni, nella cui anamnesi non risulta alcun determinato momento eziologico. A questo bisogna aggiungere che un terzo fratello, il maggiore, di anni 41, è capitato recentemente alla nostra osservazione per un senso continuo di peso all'ipocondrio destro e per disturbi dispeptici: l'esame clinico ha messo in evidenza una discreta epatomegalia, con urobilinuria; l'esame della funzionalità epatica mediante la curva amminoacidemica secondo la tecnica del Bufano ha dimostrato l'esistenza di un certo grado di ipofunzione epatica: stiamo eseguendo ambulatoriamente questo soggetto sospettando, in base al criterio anamnestico famigliare, che in esso venga a stabilirsi un'epatite cronica di tipo cirrotico. Inoltre è interessante il fatto che anche il padre ed uno zio paterno di questi soggetti sono morti di cirrosi epatica di Laënnec.

Riporto qui la storia clinica del paziente di 35 anni, che è stato degente nella nostra Clinica fino all'esito letale.

G. Francesco, di anni 35, da Genova, facchino.

Anamnesi famigliare: padre alcoolista, morto a 59 anni per cirrosi epatica con ascite. Madre morta a 63 anni di cardiopatia. Un fratello morto a 26 anni per cirrosi epatica di Laënnec. Un fratello ed una sorella viventi e sani: un terzo fratello, di anni 41, soffre di tubercolosi polmonare contratta in guerra per inalazione di gas tossici. Zio paterno morto a 56 anni per cirrosi di Laënnec.

Anamnesi personale: nato a termine per parto eutocico, ebbe allattamento materno: dentizione, deambulazione e linguaggio ad epoche normali. Ebbe morbillo e pertosse in età infantile, guarite bene senza postumi. A 7 anni tifo addominale, a decorso regolare, ed a 10 anni vaiolo. Durante il servizio militare fu affetto da blenorragia, complicatesi con orchite bilaterale, e da ulceri veneree multiple, molli, dolenti: sembra che un sanitario abbia sospettato la natura luetica di una di queste ulceri, poichè lo sottopose ad iniezioni di neosalvarsan e di altri preparati antiluetici. Nel 1917 sofferse di poliartrite reumatica acuta, guarita senza alcun postumo. Nel 1922 ittero catarrale, di cui guarì in una quindicina di giorni. Da quest'epoca fino al 1932 stette sempre bene. Nel febbraio del 1932 il malato cominciò ad avvertire disturbi svariati, consistenti in senso di astenia generale, anoressia, dolori a tipo trafittivo, esacerbantesi nelle profonde inspirazioni, in corrispondenza dell'epigastrio e dell'ipocondrio sinistro, senso di nausea, vomito a digiuno, di tanto in tanto, spesso di tipo biliare: inoltre a poco a poco il normale colorito roseo del viso si cambiava in colorito giallastro, anche nelle congiuntive, mentre le urine diventavano scarse e di colorito scuro e la stitichezza abituale si accentuava. Perdurando questi disturbi, il paziente entra in Clinica il 1° aprile 1932.

All'esame obbiettivo si mette in evidenza un certo deperimento organico generale, con subittero della cute e delle congiuntive, micropoliadenia ascellare ed inguinale, un certo grado di anemia (Globuli rossi 4.090.000; Emoglobina 56; Globuli bianchi 6300, con polinucleati neutrofili 64 %; Eosinofili 1 %; Basofili 2 %; Linfociti 20 %; Monociti 13 %. Nel sangue lieve aumento della bilirubinemia e lieve ipoglicemia: gr. 0,71 ‰). Nulla di notevole a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare. Fegato nettamente ingrandito, con margine superiore alla 6ª costa sull'emiclaveare, e margine inferiore palpabile a tre dita trasverse dall'arcata costale, ottuso, duro, mobile negli atti respiratori, lievemente dolente. Milza molto ingrandita, con polo inferiore debordante circa 4 dita trasverse dal bordo costale, ed un po' dolente (Puntato splenico: molti linfoblasti, parecchi eosinofili, qualche monocita con più o meno spiccati caratteri di splenocita, numerose plasmacellule). Non segni clinici di ascite. Nulla a carico del tubo digerente, tranne un po' di stitichezza: urine normali per quantità con grande contenuto di urobilina. La laparascopia conferma il reperto clinico, mettendo in evidenza un fegato ingrandito a superficie granulosa, oltre a notevole tumor di milza. La curva amminoacidemica dimostrava una netta insufficienza funzionale del fegato. A digiuno: N amminico: mmgr. 13,89 %; 15 m'. dopo l'iniez. endovenosa di glicocolla: mgr. 16,06 %; 30 m'. dopo: mgr. 13,98 %; 60 m'. dopo: mgr. 20,37 %. Sieroreazione di Wassermann negativa, anche dopo riattivazione. Cutireazione di v. Pirquet negativa.

Non febbre. Fu fatta diagnosi di cirrosi epatica volgare allo stadio iniziale e venne sottoposto il paziente a cure opportune: dalla Clinica egli uscì il 1° luglio per ritornarvi, essendo le sue condizioni peggiorate, il 13 novembre dello stesso anno. L'esame obbiettivo mette in evidenza questa volta un aumento dello stato anemico, e la presenza di liquido in discreta quantità nell'addome, che all'esame si dimostra di tipo nettamente trasudativo. Il fegato è ancora palpabile, a circa 2 dita trasverse dal bordo costale, a margine duro, granuloso, dolente, specie in corrispondenza del punto cistico (la radiografia della cistifellea ha risultato negativo): la milza è molto ingrandita e dolente alla palpazione, oltre ad una dolorabilità periodica spontanea. Nulla di notevole a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare. L'esame radiologico dell'apparato digerente non mette in rilievo nulla di particolare. Urine normali per quantità e peso specifico, senza albumina, con abbondante urobilina. Presenza di sangue nelle feci.

Durante questo suo nuovo periodo di degenza in Clinica il paziente viene sottoposto a paracentesi periodiche ed a cure opportune; ma in questo periodo a poco a poco la diuresi si fa scarsa, continua la perdita di sangue con le feci, ed inoltre si verificano anche ripetute ematemesi, di cui alcune veramente notevoli, che aggravano progressivamente le condizioni del paziente fino all'esito letale, che avviene il 9 febbraio di quest'anno.

Esame necroscopico (fatto dal prof. Fabris, direttore dell'Istituto di Anatomia Patologica della R. Università).

Non si seziona il capo.

Leggera tinta subitterica dei tegumenti. Nulla di notevole al cuore, tranne ipoplasia aortica. Edema bilaterale diffuso dei polmoni. Idrope ascite; tumore di milza abbastanza notevole: trombo-calcificato in un ramo della vena splenica. A carico del fegato esiste il quadro macroscopico tipico della cirrosi atrofica volgare: vi sono molte aderenze periepatitiche con fimbrie vascolari; granuli di media grandezza con tinta lievemente itterica; connettivo interstiziale fortemente sclerotico. Scarsa quantità di bile nella cistifellea. Catarro gastro-duodenale; varici esofagee con piccola soluzione di continuo in un punto circoscritto. Esiste pervietà del coledoco. Catarro enterico con forte pigmentazione ardesiaca delle placche di Payer, che appaiono come rientranti sul piano della mucosa. Capsule surrenali piuttosto piccole; pancreas con grosse lobulazioni di colore grigio-roseo. Tiroide piuttosto piccola, con abbondante colloide. Nulla di notevole a carico dei reni.

REPERTI ISTOLOGICI. — *Fegato*: esiste un'alterazione di struttura dei lobuli epatici, ma non di grado notevole. Discreta neoformazione di canalicoli biliari, con stasi biliare intracellulare in alcune zone. Modico aumento del connettivo interstiziale, di tipo piuttosto giovane.

Milza: ialinosi delle arterie; follicoli scarsi con polpa abbondante; assenza di sclerosi notevole.

Pancreas: isole ben conservate: sclerosi piuttosto marcata del connettivo interstiziale.

Surreni: nulla di notevole.

Tiroide: notevole aumento della sostanza colloide, con una certa diminuzione degli epiteli di rivestimento delle vescicole: lieve aumento del connettivo interstiziale.

Testicolo: esiste una certa diminuzione di volume e di numero degli elementi dei tubuli seminiferi; non aumento del connettivo interlobulare; tessuto interstiziale normale.

L'interesse notevole di questo caso di cirrosi epatica sta nel carattere squisitamente famigliare e costituzionale della malattia, poichè essa ha colpito diversi membri della stessa famiglia: il padre, un suo fratello e due figli (forse anche un terzo figlio), senza l'esistenza di una delle solite cause della cirrosi di Laënnec, tranne l'alcoolismo nel padre.

In tutti e due i casi di cirrosi di Laënnec, ad eziologia muta, da me studiati clinicamente ed anatomopatologicamente, sono da prendere in considerazione nella patogenesi della malattia, da una parte la costituzione linfatica ipoplastica dei soggetti, già invocata dal De Giovanni nella genesi della cirrosi epatica, dall'altra parte le alterazioni a carico dell'apparato endocrino (segni di sclerosi connettivale con un certo grado di atrofia del parenchima, a carico del pancreas, dei surreni e dei testicoli nel primo caso; a carico della tiroide, del pancreas e dei testicoli nel caso presente). Circa l'intima essenza del fattore costituzionale, della cirrosi epatica, nulla di sicuro possiamo per ora affermare, poichè necessitano ulteriori ricerche più sistematiche e più approfondite. L'ipotesi più probabile è quella di una meiopragia costituzionale della porzione parenchimale del fegato, della milza, dell'apparato endocrino (specie pancreas, surreni, testicoli), la quale rende quindi questi parenchimi più sensibili all'azione deleteria di agenti esogeni od endogeni, determinandone così lentamente l'atrofia; mentre per le stesse cause e parallelamente alla lesione parenchimale il connettivo stromale, che costituzionalmente è già in eccesso in questi soggetti, facilmente prolifera e va incontro alla sclerosi. Nelle forme di cirrosi epatica ad eziologia muta un fattore eziologico di grande importanza deve essere rappresentato dai germi e dai veleni intestinali, che per aumento di quantità o di virulenza, attraverso il circolo portale esplicano direttamente e con maggiore intensità la loro azione dannosa sopratutto sulle cellule parenchimali del fegato, della milza e del pancreas, già deboli costituzionalmente.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso interessante di cirrosi di Laënnec di tipo nettamente famigliare e costituzionale, poichè essa ha colpito diversi membri della stessa famiglia (il padre, un suo fratello, e due figli: forse anche un terzo figlio), senza l'esistenza di una delle solite cause della cirrosi di Laënnec, tranne l'alcoolismo del padre. L'A. ha studiato clinicamente ed anatomopatologicamente due di tali soggetti (i due figli, rispettivamente di a. 26 e di a. 35), concludendo che in questi casi di cirrosi epatica sono da prendere in considerazione, nella patogenesi della malattia, da una parte la costituzione linfatica-ipoplastica dei soggetti, dall'altra parte le alterazioni anatomiche a carico dell'apparato endocrino.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE « ALBERTI » IN S. GIOVANNI VALDARNO.
OSPEDALE « CAMERATA » IN FIRENZE.

Il mio contributo alle peritoniti acute da appendicite.

25 anni di condotta chirurgica unica nel trattamento delle appendiciti acute e delle perforate con peritonite circoscritta e diffusa seguendo due principi: "*mai raffreddamento*,, e "*Intervento a qualunque stadio sia l'appendicite acuta*,,.

Prof. dott. PIETRO BASTIANELLI, chir. primario.

Premetto che io ho dovuto circoscrivere questo mio contributo alle sole peritoniti acute febbrili e alle peritoniti circoscritte e diffuse da appendiciti perforate poichè mi è stato impossibile di poter riscontrare tutto l'assai numeroso materiale di peritoniti acute provenienti da perforazione di diversi organi endoperitoneali e per altre ragioni.

Ho ancora scelto queste forme di peritoniti acute con perforazione o no dell'appendice avendone io un numero relativamente abbondante e poi perchè avendo da circa 30 anni sostenuto e praticato il principio del *non raffreddamento e di operare a qualunque stadio sia l'appendicite vera* e non avendo mai deviato da questi miei concetti direttivi basali e non avendo fatte che poche modificazioni di tecnica dalla prima usata, delle quali però invero alcune che ritengo importanti, sono convinto di poter far conoscere dei risultati che, essendo espressioni di una linea di condotta nella indicazione operatoria e nella tecnica invariata, possono farne conoscere la bontà e l'utilità. Ritengo per queste ragioni di non andare incontro alla facile critica che può farsi ad una statistica globale in cui i casi siano dissimili per concetti d'indicazione operatoria e di tecnica.

Prima di tutto mi piace dichiarare che i casi da me operati per peritonite acuta non sono di quei casi cui qualche chirurgo in veste di critico *allude*, e cioè di quei casi con essudato peritoneale più o meno scarso e limpido e che quindi offrono brillanti statistiche, ma sibbene con proprio e vero pus e in maggioranza dall'odore fecaloide (bacterium coli). In questo pus in qualche caso si sono riscontrati B. coli, streptococchi, diplococchi, enterici, stafilococchi.

Ho trovato nella maggioranza dei casi la perforazione dell'appendice e in pochi casi appendici a pareti profondamente alterate attraverso alle quali per la loro permeabilità avviene il passaggio dei germi dall'appendice nel peritoneo come nel liquido contenuto nel sacco dell'ernia strozzata i germi passano attraverso alle pareti intestinali alterate e inquinano il liquido del sacco.

Eliminata così la possibilità di queste osservazioni che certo renderebbero meno importanti i risultati della mia statistica passo a rispondere alle diverse questioni avanzate dal fu illustre prof. Baldo Rossi verso cui tutti i chirurghi ospedalieri sentivano stima profonda e indiscussa.

Sul rapporto numerico tra i casi operati e non operati faccio osservare che dopo una propaganda di più di 30 anni in una non grande zona d'azione come quella in cui ho quasi sempre operato e che ha avuto lo scopo di costituire una *coscienza chirurgica appendicitica* nei colleghi medici e nel pubblico a me vengono inviati quelli che sono disposti ad operarsi e per i quali i colleghi medici si sono rassegnati a lasciare le loro velleità terapeutiche anche se si siano specializzati nel concetto medico del Cryle, applicazioni calde, oppio, morfina (risparmio di energia).

Per questo io posso riferire che non ho casi operabili che non abbia operato.

È vero che vi possono essere dei casi di gravezza tale (shock tossico) che il principio d'intervenire sempre e a qualunque stadio, non possa applicarsi, o meglio non applicare il principio che nel mio servizio è regola a riguardo delle appendiciti (varie modalità) corrispondente all'indicazione dell'ernia strozzata.

Ma veramente io non mi sono incontrato che rarissimamente in questi casi perchè nei primi anni quando la coscienza appendicitica non si era costituita nella regione non mi venivano inviati, e dopo da 20 anni specie a questa parte, non si aspetta per i casi di appendicite acuta il periodo quasi preagonico per fatti tossici-infettivi gravissimi. Come si vedrà dopo, se è vero che una rapida ricerca della leucocitosi ci può assicurare sulla prognosi, è pur vero che il lasciarsi guidare dalle condizioni generali e locali del paziente e più di tutto dalle condizioni del motore-cuore, è sufficiente a risolvere il problema della indicazione operatoria. Infatti è il grado d'intossicazione del miocardio (pressione, e sproporzione esagerata o no tra numero delle pulsazioni e T) che mi autorizzano o no all'intervento nei pochi casi dubbi.

Quindi io posso affermare che per le ragioni suddette io non ho che un numero piccolissimo di non operati (i più in pratica privata e se ne intuisce facilmente le ragioni).

Quale il concetto generale di diagnosi e d'indicazione e di prognosi nell'intervento?

La diagnosi si fonda sull'accurata anamnesi cercando di mettere in evidenza attacchi anteriori differenziandoli con interrogatorio preciso dagli attacchi dolorosi di altri organi (fegato, duodeno, rene, pancreas, colon trasverso e ascendente). In genere ho notato che al secondo e terzo attacco avviene la perforazione. Riguardo alla sintomatologia: il polso, la T (nelle forme acutissime, dissociato e piccolo), l'iperestesia cutanea, la difesa muscolare quasi sempre: il punto di massima dolorabilità in uno dei punti classici, Murphy, Monro, Lanz, che è in relazione spesso colla sede di impianto dell'appendice, però la *proiezione dolorosa palpata* di questa sede è spesso spostata dal meteorismo e dalla difesa muscolare vivacissima; il vomito, il singhiozzo, la faccia ippocratica, la chiusura ai gaz e alle feci costituiscono la sindrome, un *cliché* clinico cui non si dovrebbe oggi fare arrivare l'appendicitico-acuto-paziente.

Il *trattamento* pre-operatorio per me è molto semplice: portare subito l'appendicitico in sala operatoria, purchè il paziente non sia uno cui urga rialzare le forze del cuore con eccitanti; ipodermoclisi (formula Schiassi o soluzione fisiologica) per lo più; quasi sempre nelle forme acute viene seguita durante l'atto operatorio.

*
* *

Quale l'*anestesia preferita?*

Meglio l'etere che il cloroformio, e meglio ancora la rachianestesia (11° spazio) che permette un silenzio addominale mirabile. Io adopero la novocaina di Master Lucins che non mi ha dato che i soliti lievi fatti bulbari senza conseguenze. Eseguo la rachianestesia all'11° spazio dorsale penetrando nello spazio laterale tra arco ed arco vertebrale facendo fuoriuscire 30 gocce di liquido cefalo-rachidiano senza mescolar l'anestetico col liquido cefalo-rachidiano stesso nella siringa. Negli ipertesi qualche goccia di più io faccio fuoriuscire di liquido rachidiano.

Ho avute cefalee scomparse con 2 o 3 giorni di vescica di ghiaccio al capo, iniezioni di adrenalina, una volta l'efedrina (che non corrispose), mai con rachicentesi.

Certo con l'iniezione all'11° spazio dorsale la sensibilità è bloccata e gli interventi nei quadranti superiore e inferiore si eseguono in piena anestesia. Nelle operazioni utero-annessiali il risultato è meraviglioso. Nelle forme croniche, e in quelle acutissime perforatorie, nei casi con miocardio intossicato uso l'anestesia locale alla novocaina con soddisfazione.

Quale il *trattamento terapeutico generale?*

Stabilita l'operazione, cui arrivo seguendo i criteri già espressi, eseguo l'incisione che io chiamo del Kölliker e che passa per il punto del Murphy parallela alla linea mediana metà sopra e metà sotto questo punto, lunga circa 7 cent., aperto l'addome riesca o no facile penetrarvi causa aderenze che sono cautamente distaccate, cerco di isolare la grande cavità dallo spazio del focolaio con quadrati di flanella sterilizzati. Rapido orientamento della sede del focolaio tossinfezioso appendicitico asportando sempre totalmente l'appendice. È canone fondamentale questo ed è errore imperdonabile per me, e causa di gravi conseguenze, sia lasciare l'appendice necrotica, sia lasciarne un moncone, perchè lasciare un organo in preda a tossinfezione è lasciare una sorgente in attività di elaborazione di tossine e di produzione di germi. Qualcuno si scusa dicendo avere ciò fatto per non perdere troppo tempo, io in verità, eccetto un caso in cui trovai sfracellata in brandelli necrotici l'appendicite e che per aderenze conseguenziali dopo *15 anni* uccise il portatore per occlusione intestinale, ho potuto sempre asportare l'appendice più o meno alterata.

Appena *apparisce il pus nella ferita il paziente viene messo sul fianco destro* per impedire il diffondersi in cavità.

Resecata l'appendice ed eseguito il trattamento del moncone e il suo affondamento, lavo con etere (Browmann). Se è vero che questo non ha grande effetto antisettico (zero per alcuni) è vero che impedisce lo sviluppo dei germi. Per il suo riassorbimento rapido si nota un'elevazione del tono cardiaco e non una ipopressione, uno shock, come alcuno afferma, per raffreddamento. Io del resto non ne adopero più di 150 gr. che essendo versato trovandosi il paziente sul fianco destro, si limita a cospargere uno spazio limitato. Con una compressa bagnata di etere asporto le membrane fibrino-purulente più notevoli. Certo ciò che induce una ipopressione e una tendenza al collasso è versare l'etere a ventre aperto in posizione orizzontale in modo che si diffonda in cavità e anche quando non si *ponga ben mente* a troppo eviscerare. L'esviscerazione è fatto pericoloso nel risultato finale. Certo la ricerca dell'appendice, il distacco delle aderenze, costituenti il piastrone epiploico-appendico-enterico-peritoneale, l'apertura eventuale di diverticoli ascessuali specie lavorando a malato lateralizzato sul fianco destro richiede una certa pratica e purchè sia eseguita senza troppo ledere la vitalità dei tessuti, e perchè di troppo non si pro-

lunghi l'atto operatorio. Ma la pratica in un chirurgo addominalista fa vincere facilmente queste difficoltà in modo che l'atto operativo per peritonite circoscritta e diffusa non richiede più di 15 o 20 minuti al massimo.

Per me poi un tempo molto delicato è il tamponamento con garza iodoformizzata. Io adopero striscie di 4 centimetri circa di altezza, lunghe circa 1 metro, con queste io circoscrivo quella che fu la cavità ascessuale e la sede dell'appendice in modo da sostituire con essa garza tamponante, quella che fu, lo ripeto, la cavità del focolaio e l'azione delle aderenze barrierizzanti.

In corrispondenza del moncone quasi nel centro dell'ex-focolaio dispongo un tubo di gomma o due, secondo il bisogno (che in vero ci occludono raramente).

La garza iodoformizzata dopo non molto induce, causa anche l'azione dell'iodoformio, la formazione di granulazioni che costituiscono, come si sa, un tessuto che impedisce il riassorbimento delle tossine e che non permette il passaggio di germi.

L'ultimo tempo dell'operazione (uno dei più importanti) è la sutura quasi completa dell'addome e questo per mantenere la pressione endoaddominale e la circolazione generale. La sutura lascia un piccolo spazio (1 cent. e mezzo) per la fuoriuscita delle garze e del tubo, tutte fissate con ansa di seta.

Quindi l'operato che durante l'operazione ricevette un ipodermoclisi è messo nel suo letto in posizione laterale destra nella quale posizione sta per 8-10 giorni e in caso d'abbondante secrezione purulenta anche più. In caso di peritoniti gravi io trilaparatomizzo il paziente, la prima, la classica e una sulla linea mediana breve 4 cent. e un'altra sulla mammillare sinistra ma eseguita della stessa lunghezza di 4 cent. sul quadrante inferiore sinistro. Allora il paziente sta nel decubito addominale e in posizione del Murphy a spalle più elevate. Tanto la posizione laterale destra che quest'ultima è fatta tenere all'operato allo scopo perchè il liquido purulento endoaddominale sottoposto alle leggi della declinità fuoriesca più facilmente.

Osservo dopo 36 ore a stimolare l'intestino per vincere la paralisi effetto del processo peritonitico sia con clisteri di glicerina sia con iniezioni di peristaltina fitostigmina o meglio ipofisina e stricnina. Non si deve credere che il fare funzionare l'intestino e non tenerlo paralizzato possa essere nocivo, io ritengo che data l'esecuzione operativa il tamponamento e la posizione del decubito laterale destro il togliere le tossine batteriche e le sostanze nocive della coprostasi (indolo, scatolo) sia utile. Si dà inoltre un grande sollievo al paziente facilitando la ginnastica respiratoria col diminuire il meteorismo e così il dolore da compressione e distensione. Alimentazione a cucchiai, 2 ipodermoclisi nelle 24 ore e in qualche caso anche fleboclisi.

Il trattamento chiuso è fatto da me in tutte le forme acute febbrili senza o con scarso essudato sieroso limpido, quei casi insomma che costituiscono brillanti risultati per alcuni chirurghi. Ne ho circa 60 casi e non fanno parte della statistica dei casi di peritoniti acute circoscritte e diffuse e appartengono a questi 60 i tre morti della statistica.

Confesso il vero che in pochi casi ho adoperato sieri e vaccini polivalenti e in alcun casi le stomosine antipiogene Centanni, ma non ho notato grandi differenze.

Ed ora eccomi alla statistica:

Appendiciti subacute e acute trattate tutte con la chiusura del ventre: n. 776 con 3 morti; di queste n. 60 (e a questi appartengono i 3 morti) con essudati *sierosi limpidi* anche *leggermente torbidi ma non purulenti macroscopicamente*, T dissociato del polso, punto doloroso con difesa muscolare, non con qualche vomito e anche singhiozzo. (Forse i tre morti sono dovuti a quei casi in cui i germi hanno traversato le pareti infiammate per permeabilità o per follicoliti passate inosservate all'esame macroscopico).

Appendiciti acute perforate con peritoniti circoscritte: n. 168 con 4 morti (3,3 %).

Appendiciti acutissime perforate con peritonite diffusa: n. 66 con 10 morti (mortalità 15 %).

Forme subacute, acute, acutissime, perforate con peritoniti circoscritte e diffuse: n. 1010 con morti 21 (2 %).

Forme croniche: n. 471 con morti 2 (mortalità: meno del 1/2 %).

Statistica globale. Forme acute e croniche: n. 1481 con 23 morti (mortalità globale 1,55 per cento).

Ora una malattia a forma acuta tossi-infeziosa addominale com'è l'appendicite acuta e quella perforata con peritonite circoscritta e diffusa che dà in totale la mortalità del 2 %, mi pare che offra risultati veramente buoni con il trattamento suddescritto. Se poi si guardi la percentuale delle morti nelle peritoniti circoscritte, e cioè il 3,3 % e nelle peritoniti diffuse il 15 % si può ritenere che la condotta chirurgica *curativa* da me praticata sia buona e che il metodo del *non raffreddamento e di operare a qualunque stadio sia l'appedicite vera*, sia metodo utile per l'acuto-paziente appendicitico e che dovrà essere l'unico metodo dell'avvenire benchè oggi comincia a diffondersi.

A questo metodo da più di 25 anni ho dato la pochezza delle mie forze ma ne sono soddisfatto.

RIASSUNTO.

L'A. fa conoscere i risultati di 25 anni di condotta chirurgica unica nel trattamento delle appendiciti acute e delle perforate con peritonite circoscritta e diffusa seguendo i 2 princìpi basali « mai raffreddamento e intervento a qualunque stadio sia l'appendicite acuta ». Riferisce sull'anestesie adoperate, sulle modalità e criteri di tecnica. Le statistiche riportate dimostrano la bontà del metodo.

Comunicazione fatta al Congresso della Società italiana di Chirurgia, 1932, a Roma.

COMMENTI.

CLINICA MEDICA DI CATANIA
diretta dal Prof. GIOVANNI DI GUGLIELMO.

Comportamento della glicemia nella cura del diabete con insulina.

Dott. GIUSEPPE SORGE, aiuto e docente.

In un lavoro comparso sul n. 16 di questa Rivista, il dott. A. Sebastiani riassume i risultati di numerose sue osservazioni sulle modificazioni del tasso glicemico e della glicosuria nel corso della terapia insulinica dei diabetici. Nella parte sostanziale, tali osservazioni rispecchiano il mancante parallelismo fra l'effetto ipoglicemizzante e l'effetto antiglicosurico della cura insulinica refratta: nel senso che in molti dei casi ordinari di diabetici di varia gravità, in cui il trattamento insulinico si imprende e si protrae con l'intento di ottenere e di mantenere l'aglicosuria, non si osserva un corrispondente abbassamento della glicemia, che può rimanere invariata o persino elevarsi.

In base ad osservazioni analoghe, nell'aprile del 1930 studiai in due diabetici nuovi all'insulinoterapia l'azione di piccole dosi dell'ormone pancreatico sulle soglie renali per il glucosio, per il cloro e per l'acqua, comunicando in seguito i risultati di tale studio (che furono univoci per l'elevazione delle soglie) alla Sezione locale della Società Italiana di Biologia sperimentale, nella seduta del 26 giugno 1930 (vedi Bollettino della Società, vol. V, fasc. 5, p. 762).

Successivamente tornai sull'argomento con la dott.ssa Iacono, dimostrando gli stessi fenomeni nei sani (Boll. Soc. It. Biol. sperim., vol. VI, fasc. 6, 1931). Più tardi, raccolsi in un lavoro d'insieme i risultati di tali ricerche (*Policl.*, prat., 1931, n. 36); e poichè quest'ultima nota mi dette occasione ad uno spunto polemico col Bufano, dovetti tornare una quarta volta sull'argomento (*Policl.*, S. P., 1931).

Evidentemente, al Sebastiani tali lavori sono sfuggiti; il presente richiamo però non è inspirato dal desiderio di rivendicazioni che sarebbero fuori luogo, ma unicamente da quello di portare conferma alle sue osservazioni.

Catania, maggio '33-XI.

* * *

Prendo atto di quanto scrive il prof. Sorge, tanto più volentieri in considerazione della forma cortese da lui usata. Effettivamente a me erano sfuggite le sue pubblicazioni, che mi sono affrettato a rivedere e che portano a conclusioni assai simili alle mie. E attribuendogli una giusta priorità, faccio osservare, come lui, che qualunque contributo di dati obiettivi ha lo scopo, sia pure modesto (per mio conto), di aumentare le nostre conoscenze.

A. SEBASTIANI

SUNTI E RASSEGNE.

RENI E VIE URINARIE.

Le minzioni involontarie.

(T. ALAJOUANINE e R. THUREL. *Revue de Médecine*, marzo 1933).

Le minzioni involontarie occupano un posto importante in patologia nervosa e costituiscono un disturbo molto molesto almeno moralmente. Esse sono differenti dall'incontinenza nella quale l'emissione dell'urina è continua ed a gocce. Si tratta di una vera minzione a getto.

Normalmente, quando la pressione intravescicale raggiunge un certo grado, circa 20 cm. di acqua, si ha la contrazione della vescica ed il conseguente bisogno di urinare.

Nell'adulto interviene la volontà sia per soddisfare il bisogno sia per reprimerlo. In questo ultimo caso il soggetto contrae volontariamente lo sfintere esterno striato che rinforza così l'azione automatica dello sfintere interno; il detrusore si rilascia, la pressione intravescicale così diminuisce ed il bisogno di urinare scompare temporaneamente. Ma dopo qualche tempo la pressione si eleva di nuovo e sotto l'azione di una nuova contrazione del detrusore ricompare il bisogno. Gli stessi fatti si succedono più volte fino a che il soggetto cede al bisogno divenuto pressante. Con l'educazione la contrazione dello sfintere esterno diventa automatica, abituale, e la volontà interviene solo quando il bisogno è molto pressante.

La minzione volontaria avviene in seguito alla contrazione del detrusore associata al rilasciamento degli sfinteri. Ma la volontà agisce solo in primo momento per determinare la minzione, che una volta cominciata prosegue come atto puramente riflesso, automatico fino allo svuotamento della vescica.

Il numero quotidiano delle minzioni è di 5-6, e la quantità di urina emessa ciascuna volta è di circa 250 cmc. che rappresenta la capacità fisiologica media della vescica.

Nei primi anni di vita, invece, la minzione avviene sempre immediatamente con lo stabilirsi del riflesso e si ripete 12-16 volte al giorno. All'età di tre anni circa si stabilisce il controllo cerebrale, e il numero delle minzioni diminuisce per raggiungere gradatamente il numero ed il carattere di volontarietà degli adulti.

Le *minzioni involontarie* hanno perciò carattere patologico quando si verificano oltre i primi anni di vita.

Esse sono caratterizzate dal fatto che la minzione avviene immediatamente con il manifestarsi del bisogno, senza l'intervento della volontà e malgrado questa, e senza che una volta iniziatasi possa essere arrestata. In un grado medio il bisogno non è così imperioso e lascia al paziente il tempo di prendere le sue disposizioni.

Queste minzioni involontarie possono essere notturne e diurne e si ripetono più frequentemente di quelle normali, come se gli sfinteri non potessero resistere che ad una debole pressione, o come se esistesse un'ipertonia del detrusore.

Le minzioni involontarie sono minzioni automatiche. Esse sono in relazione ad una lesione dell'arco cerebrale o volontario nella sua porzione centrifuga, con integrità di quelle centripete, perchè esse sono generalmente avvertite dalla coscienza.

Esse sono sintomatiche di *lesioni cerebrali* o *midollari*. Ma possono sussistere anche senza cause apparenti e costituiscono allora *l'enuresi*.

Le *affezioni cerebrali* determinano minzioni imperiose o involontarie solo quando sono bilaterali e colpiscono le vie motorie, e specialmente quando sono molto diffuse ed alterano l'attività psichica.

Sono più frequenti nelle affezioni di origine vasale.

Nelle lesioni unilaterali i disturbi della minzione sono transitori e di altra specie: nei giorni successivi all'ictus emiplegico si può avere ritenzione di urina, alla quale seguono per qualche tempo minzioni difficili.

Le minzioni pressanti in un emiplegico devono fare sospettare l'esistenza di lesioni diffuse. Esse insieme all'iperemotività e all'irritabilità sono le prime manifestazioni della cerebrosclerosi progressiva.

L'esame neurologico mette in evidenza iperreflettività tendinee generalizzate con diffusione di reazioni, abolizione del riflesso velo-palatino. Con il progredire del male si accentuano i disturbi dell'andatura (a piccoli passi, esitante), e si stabiliscono le modificazioni della voce (monotona, nasale), il decadimento mentale ed infine la paralisi pseudobulbare.

Quando nessun ictus viene a complicare lo sviluppo della cerebrosclerosi progressiva, questa rimane per molto tempo ignorata. Tuttavia le minzioni pressanti e i disturbi affettivi sono molto precoci, ma non sono apprezzate al giusto punto. In effetti è raro che un soggetto si lamenti di urinare spontaneamente troppo facilmente, e la frequenza delle minzioni notturne in individui anziani viene attribuita ad una nefrite o a prostatismo.

Alla fase della paralisi bulbare, sia che questa si determini a seguito di uno o più ictus o lentamente senza ictus, le minzioni involontarie non mancano quasi mai.

Le *lesioni midollari* soprastanti ai centri sfinterici e vescicali quando sono abbastanza profonde determinano minzioni imperiose e involontarie con un ritmo periodico. In effetti le minzioni riflesse sono possibili solo quando sono intatti i centri vescico-spinali.

L'interruzione fisiologica del midollo determina dapprima ritenzione di urina, cui seguono in capo a 3-4 settimane minzioni automatiche. Queste si verificano sia spontaneamente, sia a seguito di eccitazioni superficiali o profonde degli arti inferiori, ed in quest'ultimo caso sono accompagnate da movimenti automatici o di difesa.

Le minzioni sono incoscienti quando esiste anestesia, ma talvolta solo in certo grado. Il malato non avverte più il bisogno di urinare, ma ha spesso una nozione vaga del passaggio dell'urina. Analogamente i movimenti automatici sono indistintamente percepiti, malgrado l'anestesia completa degli arti inferiori.

Quando le lesioni sono meno profonde le minzioni sono coscienti, involontarie o soltanto imperiose.

L'*enuresi* o *incontinenza notturna essenziale*, che si verifica sopratutto nei ragazzi e anche negli adolescenti, consiste in una minzione involontaria che si produce di solito nella seconda parte della notte, e in genere una volta sola per notte.

Essa costituisce il prolungamento oltre i limiti abituali del fenomeno che si verifica nella prima infanzia.

È verosimilmente dovuta ad una deficienza del controllo cerebrale.

Quale che sia l'origine delle minzioni involontarie (lesioni cerebrali e midollari, enuresi) esse possono essere curate con la scopolamina. Questa modera l'attività automatica della vescica e talora può inibirla del tutto determinando una ritenzione d'urina transitoria. Dr.

I disturbi urinari nella donna.

(W. Latzko. *Wiener klin. Wochens.*, 10 febbraio 1933).

L'A. suddivide i disturbi urinari della donna in 4 gruppi:

1) *Pollachiuria*. — Minzione più frequente e per lo più imperiosa. Accompagna regolarmente le infiammazioni della mucosa vescicale le ulcere di ogni specie, la tubercolosi, le neoformazioni, tutte connesse con ipereccitabilità del detrusore; inoltre i calcoli vescicali, la fosfatu-

ria, l'uraturia, la semplice maggiore concentrazione dell'urina che direttamente, per uretriti o pieliti, od indirettamente per via riflessa, aumentano gli stimoli del detrusore.

Oltre a queste cause comuni ai due sessi, è da menzionare nella donna la cistite puerperale o post-operatoria; l'aumento che essa provoca nell'eccitabilità del detrusore non è sufficiente per paralizzare l'innalzamento della soglia per l'impulso ad urinare, che si ha in seguito alla ritenzione.

Tra le condizioni fisiologiche, sono da menzionarsi la pollachiuria durante la mestruazione e nel climaterio. Un aumento notevole della frequenza e dell'imperiosità dell'impulso ad urinare alla fine della gravidanza sembra indicare l'inizio del periodo del parto (pressione della testa del feto); analogamente agiscono i miomi, specialmente se calcificati, mentre raramente i tumori ovarici dànno pollachiuria.

I processi infiammatori degli organi vicini (parametrite, piosalpinge, dermoidi, gravidanza extrauterina) possono pure determinare pollachiuria. Se però il focolaio purulento si fa strada nella vescica, i disturbi urinari scompaiono, mentre invece aumentano quando penetrano in vescica i peli dei dermoidi, come altri *corpi estranei*. Fra questi ultimi, sono da menzionare i punti di seta in operazioni ginecologiche ed i corpi introdotti nell'uretra a scopo masturbatorio od altri a scopi abortivi.

Come terapia, è anzitutto indicata quella causale e poi i rimedi spasmolitici e le applicazioni calde.

2) *Disuria*. — Minzione difficile od associata a sensazioni sgradevoli od a dolori.

Entrano spesso in causa gli stessi processi come per la pollachiuria. I dolori più forti — tenesmo, stranguria — si hanno nel prolasso della vescica o dell'uretra, per ustioni della mucosa da parte di soluzioni saponose erroneamente introdotte a scopi abortivi, o per eliminazione di cenci gangrenosi della mucosa.

Fra i tumori degli organi genitali, soltanto i miomi calcificati provocano dolori durante la minzione.

Un disturbo della minzione che va incluso nella disuria consiste nell'interruzione del mitto, che si ha (più raramente che nell'uomo) in causa della dilatazione cistica dello sbocco ureterale dovuta a calcolo.

La terapia della disuria è essenzialmente causale.

3) *Iscuria*. — Minzione impedita od impossibile. Ad una ritenzione di alto grado con le peggiori conseguenze porta nella donna la retroflessione dell'utero gravido che rinserra il prodotto del concepimento in un piccolo bacino. Il contenuto della vescica può raggiungere 2-3, fino a 10 litri di urina. La forte pressione sotto cui questa si trova può vincere lo sfintere, sicchè l'urina ne sfugge a gocce. Tale stato si accompagna a dolori spasmodici di tensione sulla sinfisi con tenesmo insopportabile e dolori renali (reflusso negli ureteri).

Se tale condizione dura a lungo, per la migrazione di germi, si può arrivare a grave cistite e, per l'introduzione del fattore anemizzante, alla gangrena della parete vescicale. Se non si fa in tempo lo svuotamento della vescica, si può arrivare alla perforazione vescicale nel peritoneo o nei tessuti con esito mortale.

Analoghi fatti, sebbene meno tempestosi, si hanno per il rinserramento di miomi nel piccolo bacino.

Di notevole significato per la genesi della cistite è l'iscuria puerperale e postoperativa. Per quanto riguarda la prima, si deve tener presente che, nella seconda metà del parto, la capacità vescicale aumenta e può arrivare, dopo lo svuotamento dell'utero, a 2 litri. Ne consegue che si eleva la soglia per l'impulso alla minzione, fino a circa 900 cmc., sicchè il primo svuotamento vescicale spontaneo nel puerperio si ha dopo 12-24 ore. Il cranio del feto finisce quindi per traumatizzare il collo ed il pavimento della vescica; tale circostanza, unita all'inginocchiamento dell'uretere, oppone un ostacolo meccanico allo svuotamento spontaneo; circostanza accessoria ma non trascurabile è altresì la posizione supina.

Analoghe condizioni si hanno per l'iscuria postoperatoria, specialmente nei casi di isolamento della vescica, come si pratica nel carcinoma dell'utero (operazione radicale).

La terapia dell'iscuria consiste nello svuotamento della vescica per mezzo del cateterismo che, in caso di incarcerazione dell'utero gravido o dell'utero miomatoso riflesso, esige una tecnica speciale. Si deve anzitutto evitare di svuotare troppo rapidamente la vescica a rischio di produrre emorragie *ex vacuo*. Nella ritenzione puerperale o postoperatoria, il cateterismo non si praticherà prima delle 24 ore; spesso mediante iniezione di glicerina borica, iniezioni sottocutanee di pituitrina od endovenose di urotropina, si otterrà lo svuotamento spontaneo. La ritenzione dura molto a lungo dopo l'operazione radicale dell'utero carcinomatoso; è allora indicata la corrente faradica.

4) *Incontinenza*, relativa od assoluta. — L'A. accenna soltanto all'incontinenza che può aversi in seguito a parti ed alla così detta « debolezza di vescica » delle donne oltre i 40 anni. Di grande importanza per il normale svuotamento della vescica è la buona posizione del collo, sicchè la terapia deve soprattutto badare a questo. Il massaggio e l'elettricità possono valere solamente per l'incontinenza funzionale. In caso di prolasso, applicazione di un buon pessario od interventi operativi. Di notevole importanza è la profilassi ostetrica dell'incontinenza, specialmente intervenendo a tempo con l'episiotomia.

fil.

La diagnosi della nefrolitiasi.

(R. SCHMIDT. *Mediz. Klinik*, 14 aprile 1933).

Compito del medico pratico è quello di arrivare alla diagnosi di calcolosi renale essenzialmente con l'analisi precisa dei fenomeni subbiettivi ed obbiettivi, anche senza la ricerca radiologia ed il sondaggio degli ureteri; si utilizzeranno questi ultimi mezzi di ricerca soltanto quando la diagnosi sarà stabilita o se ne abbia un fondato sospetto. Ed il tener presente la possibilità della diagnosi senza ricerche sussidiarie è tanto più importante, in quanto che in alcuni casi è indispensabile una diagnosi differenziale rapida, p. es., con l'appendicite o la stenosi intestinale.

Importante è il considerare anzitutto *l'ambiente patogeno*. Analoghi disturbi del ricambio presiedono alla formazione di calcoli delle vie urinarie come del fegato, sicchè non è raro il trovarli entrambi nello stesso individuo. Nella prossima parentela, si trovano spesso altre persone che soffrono pure di calcoli (urinari od epatici), oppure di gotta, di diabete, di obesità. Con una certa frequenza, si osserva che gli individui che soffrono di calcoli renali sono discendenti da famiglie longeve, in cui si manifesta spesso la gotta. D'altra parte, non è rara la tubercolosi.

Così pure alla formazione dei calcoli renali va unita la tendenza alla glicosuria, per lo più nella forma di un diabete benigno a forma stenica e con ipertensione. In tali ambienti, sono molto frequenti anche i disturbi reumatoidi. Così, i dolori alla regione renale, nei calcolosi, sono determinati non soltanto dai calcoli, ma anche dalla lombaggine; i dolori che si irradiano alla coscia sono spesso da interpretarsi come una sciatica vera. Come sintomo associato, non sono rari i nodi di Heberden.

Un segno che finora non è stato abbastanza apprezzato è l'iperdistendibilità delle articolazioni interfalangee distali, che si osserva specialmente frequente negli ambienti uratici; hanno lo stesso significato i dolori alle articolazioni delle dita particolarmente al mattino presto, i dolori al calcagno, la notevole « elasticità » delle dita, ecc.

Frequente è anche l'associazione della nefrolitiasi con l'aortalgia o l'*angina pectoris* (22 casi osservati dall'A.; in un caso coesistevano dolori al pollice del piede e litiasi epatica, in 3 glicosuria).

Tale associazione è da tenersi presente, specialmente nella evenienza di interventi operatori, per i quali la prognosi può venir turbata dalla presenza dei dolori anginoidi; l'A. raccomanda di mettere in rilievo e, mediante la pressione nella fossa sopraclavicolare sinistra, si risveglia un fatto doloroso; si tratta di modificazioni vasali di origine asettica endogena che, in un caso dell'A., erano associate a claudicazione intermittente, a glaucoma, a cataratta.

Frequente è anche la pirosi che in molti casi starebbe ad indicare un'abnorme disposizione del ricambio, specialmente nel senso della discrasia uratica.

Non è rara una certa oligodipsia, sebbene sia forse esagerato il detto di Bouchard che i forti bevitori di acqua non hanno calcoli renali. In qualche caso dell'A. esisteva una sete abnorme, ma nella maggior parte il senso della sete è assai scarso, forse per condizioni endocrine (mesencefalo-ipofisarie?). Tale condizione è da tener presente per la terapia.

Frequente è l'associazione con la furunculosi e con eczemi ostinati.

Non rara è l'ipertensione ed altresì una bradicardia costituzionale originantesi dal seno. I vizi cardiaci, per la stasi renale e l'elevamento della concentrazione dell'urina, possono favorire la tendenza alla formazione di calcoli.

Rara è la tubercolosi aperta, mentre invece frequente è l'associazione con asma costituzionale o suoi equivalenti (impossibilità di respirazioni profonde).

Dal punto di vista psichico, si tratta spesso di individui abnormemente eccitabili, che accusano stanchezza mattutina e, spesso, una spossatezza senza cause. Si hanno talora parestesie del gusto (sapore amaro in bocca).

I FENOMENI DOLOROSI.

Le difficoltà diagnostiche si presentano specialmente in quei casi in cui il dolore, anzichè essere unilaterale, è diffuso, peri- o sotto-ombelicale o comprende tutto l'addome.

In alcuni casi, il dolore si ha nella regione appendicolare, o sul legamento del Poupart o nella regione della flessura sigmoidea. In alcuni casi dell'A., i dolori erano accusati ai glutei dello stesso lato del calcolo, oppure all'ascellare posteriore o sotto l'arco costale, il che poteva far pensare ad una colelitiasi. Frequente è il dolore spontaneo o provocato dalla pressione ai fianchi, sull'ascellare media o posteriore.

Per un esatto giudizio nei casi dubbi, è opportuno tener presente la frequenza del tenesmo vescicale (raro nell'appendicite), nonchè il dato anamnestico di analoghi dolori sofferti in precedenza dal lato opposto, specialmente nelle forme bilaterali. È anche importante la localizzazione del massimo dolore alla pressione o percussione nella regione lombare o sui fianchi. Difficoltà presentano talora i dolori ad emicintura alla regione renale, in occasione di movimenti.

Nei casi atipici, l'irradiazione dei fenomeni dolorosi può essere di notevole aiuto. In un caso dell'A., la pressione sulla regione della cistifellea provocava dolori alla vescica; in un altro la pressione alla regione renale destra dava irradiazioni alla coscia destra. Queste ultime si possono avere anche in casi di appendicite o di torsione del peduncolo di una cisti ovarica, ma la tendenza all'irradiazione non è così spiccata.

La localizzazione alla coscia è più frequente verso il lato anteriore, ma può aversi anche dal lato interno e diffondersi fino al calcagno. Vi sono spesso associate delle iperestesie cutanee e dei fenomeni motori, come lo zoppicamento.

Caratteristiche sono le irradiazioni al pene ed ai testicoli; se anche i dolori non sono accusati spontaneamente dal malato, possono essere messi in rilievo mediante la pressione dei testicoli; in un caso dell'A. gli accessi si iniziavano con la sensazione di « testicolo ligneo ». Nelle donne, si hanno analoghe sensazioni di crampi alla vagina. I fenomeni dolorosi ureterali sono spesso bilaterali, con irradiazioni ai genitali od alle coscie.

FENOMENI ASSOCIATI.

Frequenti sono il tenesmo ed il bruciore nelle vie urinarie, come pure l'emissione dell'urina a gocce; ma la mancanza di tali fenomeni non deve deviare la diagnosi. Non rari sono i casi in cui i fenomeni vescicali sono negativi, anche in presenza di forti dolori renali e ciò specialmente se i calcoli sono piccoli. Possono mancare anche l'eccitamento al vomito ed i brividi.

Lo stesso si può dire per il dolore ai testicoli, che in altri casi è invece tenace (3 anni in un caso dell'A.). I fatti sensitivi nell'arto inferiore omolaterale possono essere sostituiti da quelli motori, come crampi al polpaccio o condizioni di debolezza.

Il notevole rigonfiamento dell'addome, con forte tensione della parete, accompagnati da costipazione con ritenzione dei gas duranti da alcuni giorni possono fare errare la diagnosi verso il sospetto di occlusione intestinale. Si tratta di anomalie del tono provocate in via riflessa, che possono manifestarsi ad accessi o « cronicamente ». In un caso dell'A., nonostante la defecazione regolare, l'addome verso sera si gonfiava di molto; i disturbi aumentavano con le cure di Karlsbad, mentre subivano un'influenza favorevole col soggiorno al mare od ai monti. In altri casi, si hanno invece delle diarree.

L'appetito, spesso non viene turbato nonostante i forti dolori, o ritorna subito dopo gli accessi. Il vomito notturno può verificarsi anche senza essere provocato, in via riflessa dal dolore.

Negli stati febbrili di origine oscura, si penserà non soltanto alla tubercolosi, ma anche alla calcolosi renale.

Data la frequente associazione di calcoli renali con l'*angina pectoris*, non deve meravigliare il fatto che gli accessi possano iniziarsi con sensazioni dolorose agli arti superiori. Il « ponte » fra l'accesso di colica renale e quello di *angina pectoris* sarebbe dato dall'elevamento della pressione (115 a 150 in un caso dell'A.).

Le sensazioni alle vie urinarie non sono rare in questi individui; verso la fine della minzione essi accusano spesso la sensazione di pezzetti di vetro; il tenesmo si ha spesso dopo ingestione di cibi acidi e coincide con la sensazione di freddo ai piedi.

Oltre alle coliche tipiche che, dalle donne, sono paragonate ai dolori del parto, si hanno spesso in questi malati delle sensazioni dolorose notturne, a tipo di dolor di denti, di coltellate, talora accompagnati da sudore copioso e cessanti improvvisamente col cadere del calcolo in vescica. Si verificano frequentemente delle latenze di anni e poi i dolori sono provocati da *momenti causali* diversi, come emozioni, strapazzi sessuali, nicotina, ecc. Fra essi possono citarsi i seguenti.

1) *Fattori meccanici.* Anitutto gli scuotimenti, p. es. quelli occasionati dai viaggi (treno, auto), oppure anche dalla tosse, dallo starnuto, ecc. Ha influenza anche la posizione, tanto che generalmente i malati preferiscono giacere sul fianco dal quale si trovano i calcoli. La posizione supina o seduta è spesso più sfavorevole che il camminare; altre volte, invece, i dolori si fanno più forti col cammino.

2) *Fattori alimentari ed intestinali.* È difficile, in questo campo, decidere la vera influenza causale. Generalmente si ritiene che i cibi e le bevande « acide » (limoni, aranci, aceto, mele) agiscano sfavorevolmente e tendano a provocare gli accessi. Così pure agiscono gli eccessi nel mangiare o nel bere, come pure la costipazione ostinata, mentre lo svuotamento dell'intestino provoca sollievo.

3) *Minzione.* Non è raro che l'accesso si inizi in occasione di un'abbondante diuresi provocata dall'ingestione di acque minerali (in un caso dell'A. la sorgente Natalia di Franzesbad; sono di osservazione comune a Fiuggi gli accessi di colica renale in seguito a smodate bevute di quell'acqua - *N. d. R.*). D'altra parte anche la diminuzione della quantità di urina può determinare l'accesso; la minzione frequente attenua o fa cessare i dolori. Talvolta le lavature vescicali possono determinare lo sviluppo dell'accesso.

4) *Influenze termiche.* Tenuto conto dell'influenza spasmolitica del caldo, non reca meraviglia il ripetersi talora degli accessi nella stagione fredda, od il presentarsi di essi o di sensazioni dolorose in seguito ad uso di acqua fredda per ingestione o per clistere.

5) *Altre influenze.* Sono da citarsi, p. es., la comparsa di angina follicolare (reazione di focolaio) od il coito (eventualmente le erezioni possono provocare dolori sordi alla regione renale); nel periodo premestruale, si ha maggior tendenza alla comparsa di accessi.

REPERTI URINARI.

La formazione di calcoli non ha niente a che fare con l'intorbidamento dell'urina endo- od extravescicale; è un fatto però che i due pro-

cessi si riscontrano insieme assai spesso. Con una dieta normale per qualità e quantità, la rapida formazione di un abbondante precipitato amorfo o cristallino nell'urina va considerata sempre come patologica; l'intorbidamento (per lo più di fosfati) si ha in seguito a superlavoro intellettuale, a smodato fumare, all'assunzione di dieta vegetale. Lo stesso effetto hanno le lunghe marcie, le abbondanti bevute di birra.

L'emissione di urina già torbida è spesso un segno premonitorio; così pure, si deve stare attenti alla formazione di una pellicola sull'urina lasciata a sè durante la notte. In tutti questi individui l'uso di acque minerali provoca intensi intorbidamenti da fosfati. Ad ogni modo, è bene praticare sempre l'esame microscopico, per la possibilità di piurie, per lo più da B. coli o da stafilococco.

Importanti sono le ematurie da calcoli, spesso provocate meccanicamente (viaggi, ballo, lunghe camminate) ed indolore; la presenza del sangue in coaguli vermiformi parla per l'origine renale. Le ematurie possono essere provocate anche dall'ingestione di bevande molto calde.

In qualche caso si ha notevole oliguria e scarsa eliminazione durante la prova di carico con l'acqua. I sedimenti di ossalati si trovano anche con la dieta mista e, sembra proprio un paradosso, appunto nell'urina molto acida.

In considerazione della frequente associazione della nefrolitiasi con la glicosuria, sarà necessario fare sempre la ricerca dello zucchero.

Scarse indicazioni dà *l'esame fisico del paziente*: dolore alla palpazione della regione renale, specialmente inspirazioni profonde, riconoscimento di calcoli allo sbocco in vescica, mediante l'esplorazione rettale o vaginale, presenza di « difesa muscolare » all'addome, dal lato del calcolo.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE.

1) *Appendicite*. La sensibilità alla pressione ed alla percussione, nella nefrolitiasi, si ha spesso non solo all'addome, ma anche alla regione del fianco e lombare; l'irradiazione, nella nefrolitiasi, si ha soprattutto agli arti inferiori ed alla vescica; si tenga conto anche delle modificazioni dell'urina. Ad ogni modo, è sempre bene pensare alla possibilità di scambi.

2) *Occlusione intestinale*. La mancanza di sangue occulto nelle feci, la presenza di dolore al testicolo, alla vescica, i sintomi urinari indirizzano la diagnosi verso la nefrolitiasi.

3) *Il tumore di Grawitz*. Le emorragie renali possono essere un sintoma comune. L'accurata palpazione dei reni e talora l'ascoltazione (rumore vasale sistolico nel tumore ricco di vasi) metteranno sulla giusta strada. In un caso dell'A., la diagnosi era resa ancor più difficile per il fatto che il paziente aveva eliminato, anni prima, dei calcoletti; si deve quindi pensare alla possibilità di combinazioni. Anche la tubercolosi renale va presa in considerazione.

Altri processi patologici che si devono tener presenti sono: la nefrite emorragica, che può dare un quadro del tutto simile, le diarree che accompagnano spesso gli attacchi di colica renale, il « catarro degli apici polmonari », la torsione del pedicolo di cisti ovariche.

Nell'idronefrosi, i dolori insorgono spesso in seguito ad abbondante ingestione di acqua. Altri processi renali dolorosi da tenersi presenti sono: la pielite, specialmente gravidica, l'infarto renale, la trombosi della vena renale e le piccole cisti renali, nonchè la stenosi ureterale da parte, p. es., di un tumore ovarico.

In ambienti isteroidi, gli accessi si presentano in modo spettacoloso sicchè, nella diagnosi, si dovrà fare la giusta parte ad ogni momento patogenetico. *fil.*

Contributo anatomo- ed istopatologico alla conoscenza delle dilatazioni ureterali consecutive ad ipertrofia prostatica senza ritenzione vescicale.

(E. FALCI, *Pathologica*, 15 febbraio 1933).

Nei prostatici con residuo vescicale si ha dapprima una ipertrofia, poi una dilatazione della vescica a cui segue dopo un certo tempo anche quella ureterale per compressione lenta della porzione intramurale dell'uretra.

Con lo stabilirsi dell'ostacolo ureterale, primo a risentirne le conseguenze è il bacinetto e secondariamente il parenchima renale stesso.

Questo succedersi di alterazioni si spiega benissimo quando esiste ritenzione vescicale. Invece questa interpretazione non si può dare quando il residuo è minimo o nullo, senza, cioè, che si sia stabilita una vera ritenzione cronica completa o incompleta.

L'autore non appoggia la teoria di Tandler e Zuckerkandl, secondo i quali l'ipertrofia della prostata sposta, oltre l'uretra, l'orifizio dei canali eiaculatori, che si trovano spostati verso la periferia dell'adenoma, nello spessore della capsula prostatica.

Le ampolle dei deferenti ed i rispettivi segmenti exprostatici sono dislogati verso le parti laterali. Da questo spostamento risulta che la distanza fra gli orifizi eiaculatori e il canale deferente di ciascun lato viene allungata. Il vaso deferente rimane teso e provoca, per questo stiramento, una compressione ed un inginocchiamento del rispettivo uretere.

Secondo l'A., invece, le dilatazioni ureterali si spiegano, dopo un diligente studio anatomopatologico ed istologico, con alterazioni intrinseche del canale, senza il necessario intervento di compressione deferenziale. Alterazioni dovute al risentimento flogistico del cellulare periprostatico caratterizzato dalla stasi venosa e dal processo arteriosclerotico dei vasi locali.

Conseguenza immediata di un tale processo

flogistico che si propaga all'uretere, è lo spasmo del *fascio chiave*, che è un involucro costituito da fasci muscolari formati da fibre speciali del detursore, che fanno attorno all'uretere un'ansa a convessità latero-esterna, e da uno strato di connettivo lasso, involucro che si inizia qualche centimetro sopra la vescica, corre intorno al canale e si congiunge in basso con la vescica stessa. Conseguentemente si ha retrazione cicatriziale con atresia più o meno cospicua del corrispondente canale.

Ne segue un ristagno urinario nel tratto a monte del restringimento con ectasia progressiva dell'uretere rispettivo.

N. DI PAOLA.

INFEZIONI VARIE.

La quinta malattia o megaleritema epidemico.

(L. TANON, M CAMBASSÉDÈS e L. LIND. *Paris Médical*, 11 marzo 1933).

La quinta malattia o megaleritema epidemico fu identificata nel 1889 da Stiker. Appartiene alla famiglia delle febbri eruttive e deve il suo nome di « quinta malattia » alle analogie con il morbillo, la rosolia, la scarlattina e la quarta malattia.

Come le altre malattie del genere, ha un periodo di incubazione ed uno di stato.

Il *periodo d'incubazione* è variabile; sembra però che non sia inferiore ai sei giorni.

Clinicamente è assolutamente silenzioso e apirettico: solo raramente è stato notato un leggero malessere, leggera cefalea, arrossamento delle fauci e delle congiuntive.

Il *periodo di stato* è caratterizzato dalla comparsa dell'eritema, che riassume tutta la sintomatologia della malattia. In effetti nella quasi totalità dei casi manca la febbre ed ogni altro fenomeno morboso.

L'esantema è costituto da un eritema rosso, diffuso alle due guancie. S'inizia con piccole macchie rosee o rose che si allargano e confluiscono.

Il limite dell'eritema è disegnato dalla piega naso-labiale, dalla palpebra inferiore, dalle tempie e dall'orecchio. Il rossore talvolta si diffonde verso la regione mascellare.

Qualche volta il dorso del naso presenta piccole macchie, che formano come un tratto di unione tra i due eritemi per modo che la faccia acquista l'aspetto di una farfalla.

L'estremità del naso, le labbra ed il mento sono generalmente indenni ed il loro pallore contrasta con il rossore delle altre parti del volto.

In corrispondenza dell'eritema la pelle è un po' calda al tatto, leggermente pastosa, indolente.

Successivamente l'eritema prende una tinta violacea, grigiastra e poi impallidisce nel suo insieme o a chiazze.

Talvolta l'eruzione compare simultaneamente alla superficie estensoria degli avambracci (più raramente al dorso delle mani). alle regioni glutee, alle faccie antero-esterne degli arti inferiori. Il tronco è preso solo eccezionalmente molto tardi.

L'eritema persiste di solito una dozzina di giorni. La sua evoluzione può dividersi in tre stadî successivi:

1) *morboso*: piccole macchie rosee o rosse alla faccia ed agli arti;

2) di *confluenza*: le macchie confluiscono e si allargano fino a prendere le proporzioni di una mano;

3) *d'involuzione*: il centro della macchia diventa violaceo e poi grigiastro mentre i margini rimangono rossi; quindi tutta la macchia impallidisce.

Il caldo, il freddo, i massaggi accentuano il colore delle macchie e lo ravvivono là dove tende a regredire.

Sembra che l'infezione lasci uno stato d'immunità.

Accanto alla forma tipica possono verificarsi forme nelle quali l'esantema può arrestarsi al primo stadio o assumere un aspetto morbilloso o scarlattinoso.

La diagnosi ha un interesse solamente teorico, in quanto data la scarsità dei fenomeni morbosi il medico non è consultato.

Il solo interesse pratico sta nel fatto che la diagnosi esatta consente di non far prendere misure inutili per confusione con la rosolia o con la scarlattina.

La diagnosi differenziale con la rosolia è facile: niente catarro, niente esantema, niente o poca febbre.

Con la scarlattina è possibile lo scambio solo in quanto il megaleritema può assumere la forma della scarlattina frusta, e la scarlattina limitarsi ad un esantema leggero simile a quello del megaleritema.

Al riguardo è a notare che anche la quarta malattia può assumere la forma della scarlattina frusta.

L'eritema serico non si manifesta con macchie alla faccia.

L'eritema da influenza si riconosce per i fatti morbosi concomitanti propri dell'infezione causale.

L'*exantema subitum* è facilmente distinguibile per i suoi caratteri: febbre alta, fenomeni catarrali, talvolta segni meningei, dopo 2-4 giorni defervescenza e quindi in capo a 24 ore comparsa di un eritema morbilliforme localizzato sopratutto all'addome ed al dorso.

L'urticaria circinnata si diagnostica perchè accompagnata da prurito.

Il megaleritema è stato per lungo tempo confuso con la rosolia, di cui anche ora è considerato da alcuni come una variante.

Le due malattie hanno in comune la loro benignità, il tipo ed il polimorfismo dell'eruzione.

Ma a ben considerarli, l'eritema ed il decorso sono differenti.

Il megaleritema invade la faccia sotto forma di rossore diffuso, e poi gli arti sotto forma di macchie rosse circinnate con tinta più o meno livida al centro e margini più marcati.

La persistenza di questi elementi, la loro reviviscenza costituiscono un carattere evolutivo differente da quello della rosolia, che decorre in 24-48 ore senza reviviscenza. Nella rosolia inoltre si hanno adenopatie e più frequentemente stati febbrili.

La confusione con l'eritema polimorfo è possibile specie quando in questa malattia l'esantemia assume il tipo eritma-papuloso. Tuttavia questo s'inizia per lo più al dorso delle mani e dei piedi, donde si estende agli arti e poi alla nuca. D'altra parte l'eritema è cosparso di papule sovraelevate, dure, un po' infiltrate, mentre nella quinta malattia le macule fanno per confluenza larghe chiazze non sovraelevate.

Oltre a ciò l'eritema polimorfo è accompagnato molto spesso da febbre, prurito, senso di stanchezza, ha frequenti recidive e colpisce di frequenza gli adulti. Mentre il megaleritema non dà sensazioni moleste nè febbre, non recidive e colpisce per lo più l'infanzia.

DR.

Amebiasi infantile.

(G. IZAR. *Riforma Medica*, 17 settembre 1932).

Il rilievo nell'infanzia di forme dissenteriche legate all'impianto dell'E. h. riveste uno speciale interesse e per la frequenza in questo periodo della vita di sindromi dissenteriche ad etiologia assai varia e per l'importanza che in questo momento particolare assume il diagnostico nel riguardo di una efficace terapia.

Recenti ricerche hanno dimostrato che il problema, oltre che investire in pieno la patologia infantile, riguarda anche la patologia del lattante, in quanto si è potuto constatare che, molto più frequentemente di quello che poteva supporsi, l'E. h. è presente nelle feci dei lattanti, presentino essi il quadro di una classica enterocolite o almeno disturbi diarroici o assumi invece la malattia l'andamento acuto di una sepsi o di una tossicosi o le note di una forma dispeptica a tipo recidivante.

A questo riguardo, la nota anatomopatologica di Tarro, che si occupa specialmente dell'amebiasi infantile, è di grande importanza. A lato a forme di colite ulcerosa o ulcero-necrotica, quali si osservano negli adulti, ma con ulceri molte più piccole, per lo più superficiali, a margini sottominati, a fondo necrotico, in una mucosa diffusamente edematosa, quadro che è costante dal 5° mese di vita in su, si hanno, quasi esclusivamente in lattanti inferiori ai 5 mesi di vita, lesioni catarrali ed iperemiche, talora emorragiche, senza lesioni ulcerative, diffuse a tutto il colon ed anche al tenue. Dato importante che trova nel decorso acuto della malattia, nell'alta virulenza del parassita, nella scarsa capacità reattiva del neonato le sue ragioni e spiega i quadri clinici di sepsi e di tossicosi con scarsi sintomi a carico dell'intestino.

L'amebiasi infantile dopo il primo anno di vita può assumere tutte le forme note per l'adulfo. Eccezionali sono le localizzazioni extraintestinali e le metastasi se si eccettua la cistite amebica.

Eccezionali dopo il primo anno, ma frequenti nel lattante, sono invece alcune sindromi acute: forma dissenterica, talvolta con fenomenologia peritoneale, forma colerica o algida, forma settica, forma tossica, e subacute o croniche: forma gastro-dispeptica, forma distrofica.

La terapia dell'amebiasi infantile rappresenta ancora un problema insoluto, dato che il bambino, e specialmente il lattante, sopportano male l'emetina e gli arsenicali. L'A., contrariamente all'opinione dei pediatri o almeno di alcuni pediatri, ha potuto accertare che anche dosi relativamente piccole di emetina possono determinare fenomeni tossici nel bambino e ancor più nel lattante, fenomeni che solo raramente arrivano alla paralisi ma che per lo più si manifestano con adinamia cardiaca, abbassamento rapido e duraturo della pressione arteriosa, collasso cardiaco. Occorre abbassare notevolmente le dosi del farmaco e sorvegliare sopratutto l'apparato circolatorio. Anche lo stovarsolo va usato con cautela, data la facile comparsa di fenomeni tossici.

L'A. dà la seguente posologia. Per l'emetina, da 0 a 1 anno: dose totale, da somministrare in 10 giorni, 5 mgr. pro kilo; da 1 a 6 anni 7,5 mgr. pro kilo; da 6 a 10 anni 10 mgr. pro kilo. Per lo stovarsolo le dosi sono rispettivamente da mgr. 3-6-10 pro kilo.

Molto utili si sono dimostrati, in luogo dell'emetina, là dove siano praticabili, dei clisterini di decotto di radice di ipecacuana, con timolo, alternati con clisterini di olio all'iodoformio. (Al mattino clistere di ipecacuana e timolo: polvere di ipeca ctgr. 5-7,5-10 per kgr. peso a secondo che il bambino abbia 1 o 6 o 10 anni, in decozione di 50-100 cc. acqua + timolo ctgr. 1-1,5; alla sera clisterino di olio jodoformico, olio di uliva gr. 50-100 + jodoformio ctgr. 2-5).

Naturalmente a questa cura specifica o paraspecifica va sempre abbinata una cura sintomatica con adrenalina, digalen, canfora silubile.

C. TOSCANO.

La pertosse.

(R. Neurath. *Wiener Klin. Woch.*, 1933, n. 4).

La pertosse è una delle malattie che ha caratteri infettivi decisi e precisi. Si verifica in individui che hanno avuto contatto con la sorgente d'infezione, conferisce una lunghissima immunità e quindi dà raramente recidive, ha un decorso schiettamente periodico. Tuttavia esso ha di caratteristico il fatto che non produce mai una infezione generale specifica.

La pertosse è una malattia infettiva monosintomatica, il cui sintoma caratteristico è la tosse. Questa infezione che non ha una febbre sua tipica, che non termina con crisi, che manca di reazioni siero-biologiche è una delle malattie più letali per l'infanzia. La sua mortalità è più alta di quella della scarlattina, del morbillo. La sua gravità è determinata essenzialmente dalle complicazioni, specialmente dalla polmonite.

Tra le piccole popolazioni la pertosse è epidemica, tra le grandi è endemica con aumento periodico del numero dei casi con carattere epidemico. Queste crisi di maggiore frequenza sono indipendenti dalle stagioni e dalle vicende atmosferiche, interferiscono spesso con epidemie di morbillo. In genere le singole epidemie sono tanto più diffuse quanto più lungo è l'intervallo dall'epidemia precedente.

L'infezione avviene direttamente per il passaggio di goccioline infette dal malato al sano.

Il bacillo di Bordet-Gengou, l'agente specifico della pertosse, un ovoide, morfologicamente e culturalmente ben definito, si trova fin dai primi giorni della malattia nello sputo ed è trasmissibile agli animali per via intratracheale.

Può trovarsi in particelle proiettate con la tosse perfino a due metri di distanza dal malato. Non si trova nell'aria emessa con la tosse senza secreto e neppure nello sputo disseccato.

I portatori di bacilli non hanno alcuna importanza nella diffusione della malattia.

La malattia colpisce sopra tutto l'infanzia, neonati compresi, ma non risparmia gli adulti. In questi ultimi la diagnosi non è sempre facile. Verisimilmente a causa dello sviluppo del sistema nervoso la tosse non sempre ha quel carattere impulsivo, irrefrenabile che ha nell'infanzia, e perciò essa può avere gli stessi caratteri della tosse comune.

Spesso la pertosse degli adulti, non riconosciuta, costituisce la sorgente d'infezione per la diffusione della malattia fra i bambini.

La infettività della pertosse, che è ugualmente pronunziata nel periodo catarrale ed in quello convulsivo, termina con la tosse.

La sintomatologia clinica della malattia nel periodo di acme è ben nota coi suoi tipici attacchi di tosse resi più gravi dalle emozioni, con il vomito, con le complicazioni a carico degli organi respiratori, con la formazione di ecchimosi sulle mucose, il gonfiore del volto, la dilatazione del cuore destro.

Il numero e la forza degli accessi di tosse sono proporzionali alla gravità della malattia. In primavera ed in estate la malattia ha un decorso più benigno.

Nei lattanti il carattere della malattia si altera al punto da essere spesso irriconoscibile.

Il morbillo e la pertosse decorrono spesso insieme e l'una favorisce lo sviluppo dell'altro, così fa pure la varicella. Mentre il vaiuolo e la relativa vaccinazione sembra la rendano più benigna, tanto che si è tentato di curare la pertosse con l'innesto vaccinico ma con risultati problematici.

Non è dimostrato che la pertosse aumenti la predisposizione alla tubercolosi.

Di solito si riscontra un catarro alle basi che costituisce la predisposizione alle complicazioni polmonari. Tra queste la più frequente è la broncopolmonite, meno la polmonite e la bronchiectasia.

Le complicazioni ed i postumi nervosi sono in genere espressione di encefalite parainfettiva, di meningite o di emorragie endocraniche che si estrinsecano con accessi convulsivi, disturbi sensitivi e psichici. Meno frequenti sono la trombosi dei seni e la meningite tubercolare. Talvolta si manifesta la meningite sierosa.

La prognosi della pertosse è cattiva nella prima infanzia e migliora con l'aumento dell'età. Essa è in rapporto con la costituzione e lo stato di nutrizione del soggetto.

L'isolamento è una necessità curativa e profilattica. La degenza in ospedale non è vantaggiosa sopra tutto perchè l'accesso di un malato desta facilmente l'accesso in un altro.

La cura consiste nel limitare il numero degli accessi. Al riguardo possono molto le influenze psichiche, la forza della volontà, la calma emotiva. La vita all'aria libera è la più indicata. Il cambiamento di clima giova solo in quanto consente un miglioramento nelle abitudini di vita, nel senso che consente un più lungo soggiorno all'aria aperta. Comunque al riguardo devesi osservare che il cambiamento di clima non importi la diffusione del male in altro ambiente.

Le irradiazioni con i raggi solari o ultravioletti non si sono mostrate vantaggiose.

L'elioterapia con la vaccinazione specifica non ha dato buoni risultati e così la proteinoterapia.

Le applicazioni locali di medicamenti sulla laringe e sulla trachea non hanno avuto successo.

In sostanza la cura rimane tuttora sintomatica. Occorre ridurre il numero e l'intensità degli accessi di tosse. Ciò si può ottenere con i preparati bromici, oppiacei, barbiturici, ai quali giova aggiungere la belladonna e la chinina. Dr.

Sopra alcuni casi di spirochetosi ittero-emorragica.

(I. CAPPELLINI e A. BERZI. *Giorn. di Clinica Medica*, 20 gennaio 1933).

Gli AA. trovano opportuno richiamare l'attenzione sui tre casi di spirochetosi itt. emorr. da loro osservati a Firenze nella stagione estivo-autunnale di uno stesso anno, per dimostrare che detta malattia è più frequente di quanto non si creda, e che essa ha assunto un decorso più grave che nel periodo bellico.

Nei tre casi dettagliatamente descritti si trattava di uomini giovani, immuni da malattie epatiche precedenti e da sifilide; di essi uno aveva sostato in una fogna, un'altro in un pozzo nero ed il terzo si era bagnato a varie riprese in un torrente.

L'inizio brusco accompagnato da violenti dolori articolari e muscolari, da vomito, cefalea, arrossamento congiuntivale in due casi, la presenza di fatti emorragici, l'ittero con feci ipocoliche, il grave risentimento renale parlavano per un ittero infettivo.

Le indagini di laboratorio esclusero una forma infettiva da bacilli del gruppo tifo-coli o da piogeni, e per una serie di fatti clinici ed epidemiologici, gli AA. pensavano ad una forma spirochetica. Questa venne confermata all'esame microscopico del sedimento urinario colorato col Giemsa ed in un caso coll'inoculazione in cavia.

Passando a considerazioni etiopatogenetiche gli AA. richiamano l'attenzione sull'importanza epidemiologica del topo di cui le orine cariche di leptospire possono inquinare acque e terreni. Ne consegue il pericolo di bagni in certe acque e di lavori nelle fogne. Per contrarre la malattia debbono però coesistere condizioni predisponenti: stato di affaticamento, soluzioni di continuo sulla cute, prolungarsi del contatto con le acque infette.

Parlando poi della spirocheta pseudo-itterogena scoperta da Uhlenhuth e Zülzer, gli AA. negano che in condizioni naturali possa trasformarsi nella forma patogena, trasformazione che si sarebbe invece ottenuta in laboratorio.

Nel campo terapeutico gli AA. ricordano che il siero costituisce un mezzo efficace specie se applicato precocemente e per via endovenosa. La vaccinazione quale mezzo preventivo andrebbe presa in considerazione negli individui disposti per ragioni di lavoro a contrarre la malattia. Quanto alla chemioterapia merita considerazione il bismuto. Questo iniettato in cavia simultaneamente ad una dose di cultura di spirocheta rende inattiva la reinoculazione. Questi risultati favorevoli nella cavia dovrebbero autorizzare a introdurre tale trattamento nel campo della patologia umana. La sieroterapia costituisce comunque la terapia di elezione.

R. GARBINI.

PROBLEMI D'ATTUALITÀ

La vaccinazione col BCG degli adolescenti ed adulti non allergici.

La somministrazione del BCG, allo scopo di vaccinare contro la tubercolosi viene fatta per via orale nelle due prime settimane di vita e questo per la ragione che la mucosa intestinale, non ancora differenziata, permette il passaggio ai microbi che entrano così nella circolazione linfatica. Si determina così una malattia leggera — la Becegite — con evoluzione appena percettibile, della durata di 4-5 settimane, con micropoliadenia generalizzata e che finisce con lo stabilirsi della resistenza alle sovrainfezioni, cioè con la immunità antitubercolare.

Tale metodo è stato largamente applicato non soltanto in Francia, ma in molti altri paesi. A. Calmette (*Ann. Inst. Pasteur*, marzo 1933) pensa che esso dovrebbe essere esteso anche a tutti gli altri individui che non sono allergici per la tubercolosi, in modo da premunirli contro eventuali infezioni.

Però, poichè le condizioni della mucosa intestinale non sono più le stesse che nei primi 15 giorni di vita, è necessario in tal caso di ricorrere alle iniezioni (endomuscolari, sottocutanee, intradermiche), le quali non sempre sono bene accette e possono in qualche caso determinare degli ascessi che, per quanto inoffensivi, sono noiosi.

Da esperienze fatte sotto la direzione dello stesso A., risulta che è possibile determinare un'infezione virulenta con i bacilli tubercolari somministrati *per os* e, con dosi minime, un'infezione lentissima; così la cavia diventa allergica soltanto dopo 6-8 mesi. Analoghi risultati possono aversi anche col BCG.

Tali esperienze aprirono la strada all'applicazione del BCG *per os* anche in individui oltre i primi 15 giorni di vita, purchè non allergici. Si danno tre centigrammi di BCG, in tre dosi da un centigrammo, a 48 ore di distanza, al mattino a digiuno, mezz'ora prima del primo pasto.

Con tale sistema, sono stati vaccinati, a Brazzaville, nell'Affrica equatoriale francese, 149 scolari. Nel 65,8 %, si manifestò l'allergia (per alcuni dopo una seconda vaccinazione). La proporzione dei reagenti fu maggiore del 10 % di quella degli individui dello stesso ambiente, che erano stati vaccinati mediante l'iniezione. L'A. sta ripetendo le esperienze per vedere se, con una dose di 5 o 10 centigrammi, è possibile determinare l'allergia con una vaccinazione.

Il metodo dovrebbe trovare applicazione non soltanto per i bambini, ma anche per gli adulti, specialmente di quelle categorie che più facilmente sono esposte a contrarre la tubercolosi (infermieri, specialmente di sanatorii, studenti di medicina). La necessità di una di-

fesa di tali categorie risulta da studi antecedenti. Per esempio nelle scuole norvegesi di infermiere, si è osservato che fra le allieve positive alla Pirquet, si è avuto il 2,6 % di morbosità per tubercolosi, mentre fra quelle negative alla Pirquet, la proporzione è stata del 29.6 %. Dopo la vaccinazione di quelle allergiche, soltanto il 3 % di quelle che hanno reagito ha avuto qualche lieve manifestazione tubercolare, mentre nel 26 % di quelle che non hanno reagito, si ebbero manifestazioni più o meno gravi.

Osservazioni analoghe sono state fatte per gli studenti di medicina. Per questi ultimi, l'A. raccomanda l'esame medico preventivo comprendendovi anche una prova alla tubercolina. Se questa è positiva, si dovrebbe fare un esame clinico radioscopico e batteriologico. Nel caso di reazione tubercolinica negativa, praticare la vaccinazione per via orale col BCG. In tal modo, molte preziose vite umane potrebbero essere salvate. *fil.*

L'importanza delle varie razze di "Anopheles maculipennis,, per la distribuzione della malaria in Europa.

La varia distribuzione della malaria e soprattutto l'esistenza dell'anofelismo anche intenso senza malaria, costituiscono dei punti oscuri nella dottrina della trasmissione anofelica della malaria stessa. Le ricerche di questi ultimi tempi hanno tentato di chiarire il problema: soprattutto nel senso di distinguere delle razze in base a caratteri biologici (razze zoofile ed antropofile), che gli studi di Missiroli e Hackett hanno appoggiato mediante l'identificazione della specie di sangue contenuto nello stomaco delle anofele ed in base a caratteri morfologici (distinzione fatta per il primo da Roubaud, secondo il quale la razza zoofila si distingue per un maggior numero di dentelli).

Man mano che vengono accumulandosi le osservazioni ed estendendosi su regioni più vaste, il problema sembra complicarsi perchè le ipotesi affacciate sul principio non appaiono sempre sostenibili ed applicabili dovunque.

A. Missiroli, L. W. Hackett e E. Martini (*Rivista di Malariologia*, genn.-febbr. 1933, con 1 tav. a colori e numerose grafiche e figure) in un lavoro di lunga lena e di rara importanza, hanno ripreso lo studio del problema, estendendo le osservazioni a varie regioni d'Italia e dell'Europa del Nord (Germania) e basandosi soprattutto sui caratteri morfologici, specialmente delle uova, che già in passato D. Falleroni aveva indicato come tali da offrire delle caratteristiche differenziali.

Detti AA. vengono così a distinguere almeno quattro varietà dell'*A. maculipennis*, di cui localizzano la distribuzione geografica in Italia ed in Germania, rilevando la relazione di ciascuna di esse con le condizioni dell'*habitat* larvale e con la diffusione della malaria.

In complesso, tutte le razze si trovano più frequentemente associate con gli animali che con l'uomo. La malaria endemica intensa si troverebbe essenzialmente nelle regioni dove abbondano l'*A. m. elutus* e l'*A. m. labranchiae*, quando non esistano altre specie di *Anopheles*. Essi si trovano frequentemente associati con l'uomo.

Le altre varietà, specialmente l'*A. m. maculipennis* e l'*A. m. messeae* vivono molto meno associate con l'uomo e sono attratte quasi esclusivamente verso le stalle, mancando quasi nelle camere da letto. In condizioni normali, esse non rappresentano quindi dei buoni vettori per la trasmissione naturale della malaria, pure essendo in grado in qualche caso (scarsezza di animali stabulati, numero eccessivo di anofeli, ecc.) di mantenere la malaria allo stato endemico od epidemico.

In tali condizioni, prevale la terzana benigna allo stato di lieve endemia, di scarsa importanza per i servizi di sanità pubblica; l'immissione considerevole di portatori di gametociti può provocare una recrudescenza, che però tende rapidamente ad estinguersi.

La presenza e la distribuzione delle varie razze di *A. maculipennis* contribuiscono a spiegare la distribuzione irregolare della malaria in Europa.

Ancora una volta, le ricerche di entomologia si ripercuotono immediatamente sull'epidemiologia.

Gli enigmi che l'epidemiologia della malaria presentano, vengono ad essere gradatamente chiariti. In particolare l'anofelismo senza malaria comporta, oggi, una spiegazione soddisfacente e attendibile.

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

HAENISCH e HOLTHUSEN. *Einführung in die Roentgenologie*. Vol. di pag. 360 con 299 figure. Thieme, editore, 1933. Marchi 23.

Il sottotitolo del libro: per medici e studenti dice lo scopo della pubblicazione curata da Thieme nella parte tipografica con bei radiogrammi nitidi e schemi chiari: gli AA. sono ben noti nel campo radiologico, e Haenisch ha scritto la parte diagnostica e Holthusen la parte riguardante la roentgenterapia.

In piccola mole tutti gli argomenti sono trattati a fondo e aggiornati: in duecento pagine Haenisch tratta della fisica e tecnica dei raggi X, della diagnostica dei vari apparati: prima dell'aspetto normale dei vari organi, poi delle varie lesioni dei vari apparati.

Holthusen pure in circa duecento pagine tratta a fondo e in modo semplice tutto il complesso della roentgenterapia e dopo un breve cenno storico sullo sviluppo della Xterapia e sull'azione biologica dei raggi X, passa in rassegna (in modo succinto ma completo) l'azione terapeutica dei raggi X nelle varie malattie.

Il libro è veramente ottimo per il medico e lo studente e anche lo specialista vi troverà raccolti e aggiornati molti argomenti di diagnostica oggi di attualità e molti punti di Xterapia anche essi aggiornati. E. MILANI.

W. LOHR e W. JACOBI. *Die Kombinierte Enzephal Arteriographie*. Con 75 figure. (Supplemento ai *Fortschritte auf d. gebiete der Roentgenstrahlen*). Thieme, editore, 1933. Marchi 16.

Gli AA. nella loro breve monografia corredata dalla illustrazione di parecchi casi clinici (specialmente tumori del cranio) cercano di illustrare i vantaggi del metodo combinato: arteriografia e encefalografia.

L'arteriografia, secondo gli AA., rappresenta in qualche punto un progresso rispetto ai dati che ci può dare l'encefalografia e forse la ventriculografia; e il metodo combinato d'altra parte se non può sciogliere sempre tutti i dubbi rappresenta un metodo ideale in qualche caso. L'arteriografia ci mostra il decorso e lo stato di ripienezza dei vasi: l'encefalografia le condizioni dei ventricoli. Se l'arteriografia oggi è ormai scevra di pericoli (usando una tecnica perfetta), la encefalografia invece presenta ancora qualche pericolo: ma il metodo combinato non ha in sè che quei pericoli che comporta l'encefalografia.

L'introduzione dell'arteriografia dei preparati di torio (torotrast) ha oggi reso il metodo sicuro e scevro di pericoli: per avere un buon radiogramma è necessario praticare il radiogramma stesso durante la iniezione (cioè praticando l'iniezione dopo aver disposto tutto per la radiografia): l'iniezione va fatta rapidamente per avere le migliori immagini. I casi che gli AA. riportano specialmente di tumori cerebrali appaiono interessanti perchè col metodo combinato si è potuto giungere a finezze diagnostiche mai raggiunte finora e pertanto secondo gli AA. il metodo combinato deve essere conosciuto e sperimentato. E. MILANI.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

L. e R. IMBERT. *Manuel de Curiéthérapie*. Vol. in-8°, di pagg. 198, Masson & C. Paris, 1933. Fr. 22.

È un manuale essenzialmente pratico, chiaro, facile nella lettura. Delle nozioni fisiche dà soltanto quelle che sono strettamente indispensabili a un medico. È minuzioso e preciso nell'esposizione delle tecniche. Può per la esposizione delle indicazioni e dei risultati riuscire di buona utilità al medico pratico.

Ha due difetti fondamentali. Si basa più che essenzialmente quasi unicamente su metodi delle scuole francesi; e trascura un po' troppo le possibilità d'applicazione del radio al di fuori dei tumori maligni di modo che dalla lettura di questo manuale si potrebbe trarre la convinzione che, all'infuori della terapia del cancro il radio sia mezzo di cura perfettamente inutile.

Chiude il libro un capitolo molto indovinato dove sono esposte in maniera sintetica le formule, le costanti e le indicazioni di pratica corrente per il radioterapista.

In definitiva si deve concludere che il manuale che noi presentiamo ha raggiunto lo scopo che gli AA. si erano prefissi.

GAST. MELDOLESI.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia delle Scienze Medico-Chirurgiche di Napoli.

Seduta del 29 aprile 1933.

Presidenza: Prof. G. BOERI.

Neoplasie da raggi X.

R. DE NUNNO. — Illustra un caso concernente un valoroso chirurgo e radiologo morto qualche anno fa per neoplasia (epitelioma) da raggi X. L'insorgenza ed il fatale decorso dell'epitelioma furono in quel caso indubbiamente favoriti oltre che dalle quotidiane e ripetute, se pur brevi, esposizioni delle mani ai raggi X, anche dalla loro frequente immersione nei bagni fotografici per lo sviluppo delle lastre e nei disinfettanti quando egli doveva eseguire interventi chirurgici, ciò che maggiormente valse a sensibilizzare la cute verso i raggi X. Le lesioni assunsero carattere progressivamente più grave andando dalla falange alla falangetta, probabilmente per il diverso spessore delle parti e la differente loro esposizione alle irradiazioni (meno spessa e più esposta la falangetta).

L'epitelioma da raggi X sembra provenire dagli strati più profondi dell'epidermide e del derma e si avanza fin verso l'osso. Gli zaffi epiteliomatosi, nettamente demarcati dal tessuto normale, sono spesso circondati da un tessuto di granulazione più o meno abbondante ed arrivano alla formazione delle perle cornee con un processo di paracheratosi, talora anche di discheratosi. La riduzione e la scomparsa del tessuto osseo sono dovute ad un processo di riassorbimento lacunare. Il tessuto nervoso, propriamente i nervi, ma più specialmente le terminazioni nervose, si è dimostrato straordinariamente resistente ai raggi X, e questo fatto viene a dare nuovo appoggio alla vecchia legge di Bergoniè e Tribondeau, che, in questi ultimi anni, da molti si era cercato di svalutare.

Circa la patogenesi del Röntgenepitelioma la osservazione dell'O. non appoggia la teoria di Ribbert (isolamento del corpo mucoso di Malpighi per opera delle papille dermiche proliferate) nè quella di Börst il quale vorrebbe riconoscere ai raggi solo un'azione aspecifica che provocherebbe un processo infiammatorio con formazione di ulceri, che spontaneamente si cancerizzerebbero. Il fatto di aver potuto sorprendere la metaplasia diretta delle cellule spinose Malpighiane, in posti non sedi di ulceri nè di processi infiammatori, parla piuttosto per un'azione locale dei raggi e porta un nuovo contributo favorevole alla teoria irritativa, da molti sostenuta, avvicinando così le neoplasie da raggi X a quelle da Kangri, da Betel, da fuliggine, da catrame, ecc.

F. P. SGOBBO. — Fa notare che oggi i mezzi di difesa, largamente usati, valgono ad evitare le dermiti e le successive complicazioni neoplastiche del genere di quella descritta dall'O.

R. DE NUNNO. — *Ricerche sperimentali su una nuova nocardia parassitica isolata da un micetoma a grani bianco-giallastri.*

Discussione: N. PANE, G. BOERI.

Riniti vasomotorie e anafilassi.

GUALTIERO LUGLI. — In molti casi di rinite vasomotoria nè le ricerche, nè le prove di laboratorio forniscono alcun elemento che autorizzi a pensare alla natura anafilattica dell'affezione, le cui manifestazioni appaiono piuttosto come reazioni riflesse a stimolazioni della mucosa nasale particolarmente sensibile di taluni individui.

Tuttavia, secondo l'O., non si deve escludere ogni punto comune fra queste forme e le forme anafilattiche cliniche o l'anafilassi sperimentale.

Le differenze fra le manifestazioni di queste forme e quelle dell'anafilassi possono essere spiegate con le modalità della sensibilizzazione: via di penetrazione, qualità, intensità, ritmo di azione dell'agente sensibilizzante, caratteri dei tessuti con i quali viene a confronto.

Per quanto riguarda la differenza fra i meccanismi di produzione, anche fra questi si possono stabilire, secondo l'O., punti di contatto fondamentali, nel senso che il meccanismo dei fenomeni di anafilassi si può ritenere simile, nei suoi movimenti essenziali, a quello delle forme riflesse.

L'O. emette l'opinione che le reazioni conseguenti alle introduzioni dell'antigene, e particolarmente la produzione degli anticorpi, siano determinate e regolate, in via riflessa, da eccitamenti della sensibilità cellulare, suscitati dalle introduzioni dell'antigene, e dalle azioni di modificazione reciproca che si svolgono fra le cellule e gli antigeni stessi.

Seguendo questa ipotesi sono state eseguite delle esperienze di sensibilizzazione, per via parenterale, nelle cavie in anestesia. In effetto negli animali sensibilizzati in anestesia l'iniezione scatenante ha dato risultati differenti — minore intensità e frequenza degli chochs — che nelle cavie di controllo.

Secondo l'O. la sensibilità ha dunque un'importanza fondamentale nel controllare in via riflessa le reazioni che portano allo stabilirsi degli stati di anafilassi e di immunità.

Il Segretario.

Società Lombarda di Medicina.

Seduta del 5 maggio 1933.

Metastasi gastrica ulcerata da neoplasia primitiva del fegato.

M. CALABRESI, C. COSSALI. — Gli OO. illustrano un caso che, tanto per i dati clinici e radiografici quanto per il risultato delle ricerche di laboratorio, doveva venire interpretato come una neoplasia gastrica primitiva con metastasi al fegato; l'esame anatomo-patologico dimostrò invece che si trattava di un endotelioma primitivo del fegato con metastasi gastrica ulcerata. Discutono brevemente le difficoltà della diagnosi clinica e ricordano casi analoghi della letteratura.

Discussione: PEPERE, ZOJA.

Il ricambio emoglobinico nella tubercolosi polmonare.

P. G. SILVANO. — Le anemie tubercolari sono dovute più ad un'iperemolisi tossica che a deficiente rigenerazione. La possibilità di rimediare allo squilibrio esiste quando la cachessia tubercolare non abbia estinto ogni possibilità di ripresa. Il pneumotorace terapeutico e la frenicoexeresi determinano costante riduzione dei processi di emolisi con notevole vantaggio nei confronti dell'anemia tubercolare.

Discussione: FORNARIO, ZOJA.

Sulla linfosarcomatosi di Kundrat a sede esclusivamente viscerale circoscritta.

R. SCALABRINO. — Vengono illustrati due casi di linfosarcomatosi di Kundrat a sede esclusiva-

mente viscerale gastrica, controllati uno al tavolo anatomico e l'altro con intervento chirurgico. Dopo brevi richiami istologici ed istogenetici viene passata in rassegna la questione della diagnosi clinica differenziale con le altre forme morbose che possono colpire lo stomaco ed assumere aspetti similari alla linfosarcomatosi gastrica. Viene richiamata l'attenzione, come segno differenziale, sul dato ematologico, specialmente sul valore dell'Hb e dei globuli rossi che sarebbe abbastanza alto nella forma di Kundrat e molto compromesso invece nel carcinoma e nel sarcoma.

Il Segretario: Dott. SCOTTI DOUGLAS.

Spedali Civili di Genova.

Seduta del 10 marzo 1933.

Sulle irradiazioni della milza, fegato e midollo osseo nella emofilia.

G. B. COSTA-STARICCO. — L'O. riporta tre osservazioni di gravi emorragie in bambini emofililici e per le quali fu usata a scopo emostatico l'irradiazione della milza e del fegato.

Secondo l'O. questi tre casi sono interessanti perchè mettono in luce alcuni punti importanti sopratutto l'efficacia incontestabile delle irradiazioni, in secondo luogo la costanza dei risultati. L'innocuità di queste irradiazioni spleniche ed epatiche ed infine la necessità di una maggiore conoscenza di questa terapia che, se anche usata da qualche chirurgo o radiologo, non sembra tuttavia apprezzata nel suo giusto valore ed entrata nella pratica.

Discussione: SEGALE, VALLEBONA, TREVISANELLO, DURANTE, VIGNOLO.

G. RODI. — *Calcolo intramurale incuneato dell'uretere.*

Discussione: VIGNOLO.

Contributo alla chemioterapia dell'infezione tifoidea.

VACCARI A. — Il dott. Vaccari riferisce sul suo trattamento della infezione tifoide. Pratica una iniezione o due in vena di esometilentetramina nelle 24 ore: la dose è di due-quattro grammi pro die. I tifosi curati furono 54 di cui 48 trattati in prima settimana di malattia. Non si ebbero a verificare in questi 48 casi nè entorragie, nè complicazioni gravi e lo sfebbramento si ebbe sempre al massimo in 3ª settimana. Il vitto era misto e somministrato sotto forma di passate.

Discussione: ROLLA, DA GRADI, TREVISANELLO, GELERA.

Seduta del 7 aprile 1933.

PATRONE E. — *Sulle anomalie del nervo frenico.*

Discussione: RODI.

Appunti pratici di patologia gastro-duodenale.

A. GERVINO. — L'O. riferisce sul suo metodo personale di cura delle ulcerazioni gastro-duodenali. Detto metodo è formato sulla associazione dell'alimentazione extragastrica-digiunale colla temporanea somministrazione di acqua ossigenata e iniezioni endovenose di borato di soda. Afferma che tale trattamento può portare indiscussi vantaggi alle turbe duodenali da colecistiti, nonchè temporanei miglioramenti nelle lesioni infiltrative gastriche.

Discussione: TREVISANELLO.

R. AGNOLI. — *Eritrodermia bismutica.*

Discussione: MAGLIANO, ROLLA, DA GRADI, TREVISANELLO.

Sul trattamento chirurgico dell'ascesso tonsillare.

E. SAVARESE. — In base ai rilievi fatti sopra un centinaio di osservazioni personali, richiamata l'attenzione sulla opportunità del sistematico e precoce trattamento chirurgico degli ascessi peritonsillari, sostiene che l'apertura di essi per via ottusa tangenzialmente ai pilastri, sia da preferirsi all'incisione di Chiari, perchè più facile, più efficace e meno pericolosa.

L'O. presenta inoltre una serie di radiografie di preparati anatomici iniettati dimostranti i rapporti della tonsilla con i vasi del collo.

Discussione: VIGNOLO.

GABELLI. — *Il dolore a livello dell'organo nella tbc. laringea.*

G. MAGLIANO. — *Contributo allo studio ed al meccanismo di produzione dell'infisema sottocutaneo.*

Discussione: DURANTE, DA GRADI.

Il Segretario: G. RODI.

Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Seduta scientifica del 28 aprile 1933.

Presidenza: Prof. M. PINCHERLE.

A proposito di un raro caso di pielocistite da pseudomeningococco (diplococcus crassus).

G. DE TONI e U. GALLERANI. — Gli OO., dopo aver esposto dettagliatamente la storia clinica del caso, rilevano l'eccezionalità della loro osservazione clinica poichè si tratta della prima pielocistite pseudomeningococcica descritta nella letteratura medica. Per quanto riguarda la patogenesi, in base ai dati offerti dall'anamnesi famigliare, è da porre in discussione la possibilità di una meiopragia locale su base costituzionale ereditaria.

La forma morbosa che aveva resistito alla comune terapia antisettica delle vie urinarie, cedette rapidamente all'autovaccino-terapia.

Discussione: prof. G. G. PALMIERI.

Riflesso di estensione della mano nelle lesioni delle vie piramidali.

G. DAGNINI. — L'O. descrive un fenomeno riflesso che si ottiene negli affetti da lesioni del fascio piramidale con la percussione sulla faccia dorsale della mano e si manifesta con estensione e lieve adduzione della mano stessa. Il fenomeno è da ascriversi alle così dette pseudo-inversioni dei riflessi.

Discussione: proff. NERI e F. SCHIASSI.

La diatermocoagulazione nelle recidive di tumori dopo reiterati trattamenti radium e roentgenterapici.

G. G. PALMIERI e G. PALTRINIERI. — Dopo brevi premesse sui presupposti teorici dei vantaggi che possono avere dalla diatermocoagulazione e sulle indicazioni del metodo nella cura dei tumori, gli OO. espongono i lusinghieri risultati ottenuti in 35 casi di recidiva neoplastica. Questi sono ancora troppo recenti per permettere un giudizio assoluto sull'efficacia della diatermocoagulazione, che merita tuttavia di essere presa in seria considerazione fra i mezzi fisici a disposizione del radiologo.

Discussione: dott. ZARDA, prof. NERI.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La miosite ossificante progressiva.

La miosite ossificante progressiva è una malattia che ha base anatomica in una lesione dell'apparato locomotore, consistente in produzione di formazioni ossee nel sistema connettivale intra e perimuscolare, nei tendini, nelle aponeurosi; ne segue, attraverso successive riacutizzazioni del processo, l'impotenza funzionale delle regioni colpite.

Così E. Apert e P. Garnier definiscono la malattia in questione, prima di tracciarne il quadro nosografico, alla luce delle attuali nozioni in proposito (*Paris Médical*, 28 gennaio 1933).

Carattere specifico della malattia, è di colpire sempre soggetti giovani, di età quasi costantemente inferiore ai vent'anni, talora ancora bambini.

Gli anglosassoni ne sono colpiti molto più frequentemente dei latini, ed i maschi più che le femmine. Quasi sempre l'inizio è insidioso: lo ammalato si accorge casualmente della presenza di un tumore osseo, che ha sede generalmente al dorso o alla nuca. In rari casi però, oltre al fatto locale, si osservano segni di reazione generale, con febbre anche elevata, e la regione colpita può presentarsi calda, tumida, edematosa. Successivamente però i segni che diremmo « acuti » scompaiono e le lesioni localizzate assumono un po' per volta il carattere definitivo di ossificazioni. I vari aspetti clinici corrispondono infatti a varii stadi anatomici: infiltrazione, organizzazione con retrazione, ed infine ossificazione.

Certi gruppi muscolari, come quelli del dorso e della nuca sono colpiti più frequentemente che altri. I muscoli a fibre lisce sono sempre rispettati e così quelli striati del volto e dell'occhio, il diaframma, il cuore e gli sfinteri.

Accanto a questa sintomatologia, si osservano spesso, nei colpiti da m. o. p. malformazioni congenite, tra le quali particolarmente la microdattilia, il che fa pensare che vi possano essere, a base di tutto il processo morboso, disturbi dello sviluppo primitivo. Rosenstirn pensa ad esempio, ad una fragilità embrionaria dei vasi, con facilità ad emorragie parenchimali intraconnettivali, che costituirebbero le vere lesioni iniziali. Ed in realtà nell'interpretazione patogenetica la teoria embrionaria resta come punto fermo, universalmente (o quasi) accettato.

La diagnosi della malattia non è difficile; dovrà essere fatta differenzialmente soprattutto con quella di *malattia esostosante* (di Leri), famigliare, ed ereditaria, in cui però le esostosi compaiono a livello delle epifisi fertili. Anche la *calcinosi generalizzata* andrà tenuta presente. Ma in essa, come è noto, le calcificazioni sono per lo più cutanee e sottocutanee.

La prognosi è grave, la fine accelerata per lo più, da tubercolosi polmonare o da altre malattie intercorrenti.

La cura inefficace: solo la radioterapia e una dieta priva di idrati di carbonio possono fare qualche cosa. Le deformità ortopediche si tratteranno chirurgicamente. M. COPPO.

La pleonosteosi o malattia di Léri.

L. Rocher e G. Rondil (*Bordeaux Chirurgical*, n. 4, 1932) presentano un loro caso osservato e seguito per qualche anno, e contemporaneamente fanno una rivista sintetica dell'argomento.

La *pleonosteosi* (= ossificazione abbondante) è una discondroplasia caratterizzata da *precocità dell'osteogenesi*, con apparizione anticipata dei punti d'ossificazione epifisaria e di alcuni nuclei ossei, e da una disarmonia del processo osteogenetico, portante ad una ossificazione eccessiva specialmente delle epifisi delle ossa delle membra ch'è causa di lievi anchilosi articolari e di attitudini viziose.

Descritta per primo da Léri nel 1921 in un paziente di 35 a. di statura bassa, con atteggiamenti anormali degli arti e diminuzione della motilità articolare dei vari segmenti. Ma questo caso non rimase isolato: nel 1924 si aggiunse quello di Caussade e Peynet; nel 1927 quello di Guy Laroche e Barthes e poi l'altro di Bouillard e Barreau; nel 1931 quello di Hallé e Apert. Crookshanks di Londra ne descrisse poi tre casi nei membri di una stessa famiglia e Maurice Dubois di Liegi altri due casi pure familiari.

Dalle statistiche appare quindi che tale affezione è rara, ma questa rarità è in gran parte relativa, passando spesso inosservata e messa nel vasto gruppo dei reumatismi.

Il più delle volte ha carattere familiare, ma non sempre.

Sono in genere soggetti di piccola taglia, data la brevità degli arti inferiori, per un arresto di sviluppo in lunghezza dell'osso, dovuto ad una scomparsa prematura della cartilagine diafiso-epifisaria. Léri mette come base la ipertrofia degli abbozzi cartilaginei; l'ipertrofia ossea è secondaria a questa. Un altro fatto da segnalare è il deficit intellettuale del malato. Quale sarà l'avvenire di questi soggetti?

L'ossificazione proseguirà in modo anomalo; la scomparsa delle cartilagini coniugali arresterà la crescenza e le deformazioni ossee insieme agli atteggiamenti viziosi diventeranno definitivi.

Cosa si può fare per questi infermi?

Nei neonati abbiamo il trattamento ortopedico per correggere subito gli atteggiamenti viziosi; ma il male continuerà la sua evoluzione fatale e progressiva. Null'altro si può fare essendo ancora oggi oscura la patogenesi di questa distrofia ossea. R. GRASSO.

La causticazione ignea dei capi articolari privi di cartilagine.

A. Albanese (*Archiv. di Ortop.*, fasc. IV, 1932) studia sperimentalmente se la semplice causticazione ignea dei capi articolari privi di cartilagine e di rivestimento, sia sufficiente ad impedire la sinostosi, e quale sia il comportamento di questo procedimento rispetto a quello classico dell'interposizione di una sostanza plastica fra i due capi ossei.

Dai risultati di questi primi esperimenti accuratamente valutati dopo ripetuti esami funzionali, radiografici ed anatomo-istologici, l'A. giunge alle seguenti conclusioni:

1) la causticazione ignea dei capi articolari, dopo l'asportazione della cartilagine di rivestimento, è ben tollerata da tutti gli animali, ed è sufficiente in linea di massima, ad impedire la sinostosi;

2) negli esperimenti di controllo, la semplice asportazione delle cartilagini di rivestimento provoca un'anchilosi alcune volte ossea, spesso osteo-fibrosa, e qualche volta fibrosa;

3) anche nei casi di artrolisi, con interruzione di un'anchilosi precedente, la causticazione ignea dei due capi articolari cruentati è sufficiente a conservare la rima articolare;

4) il ripristino funzionale avviene in quei casi in cui sono stati ripresi gradualmente tutti i movimenti; l'inattività della articolazione invece, insieme con l'azione del carico, non garantisce a lungo andare, dalla formazione di un'anchilosi generalmente fibrosa;

5) ulteriori ricerche potranno meglio valutare le possibilità di applicazioni pratiche. R. GRASSO.

L'alcoolizzazione dei nervi intercostali nella cura delle fratture delle costole.

S. Latteri (*Rivista Sanitaria Siciliana*, 15 febbraio 1933), dopo averci parlato della frequenza delle fratture delle costole che rappresentano dall'11 % secondo il Malgaigne, al 16,07 % secondo il Bruns, fa un breve cenno dei metodi terapeutici adoperati in passato e quelli ancora in uso, e infine ci parla del suo nuovo metodo che consiste nell'alcoolizzazione dei nervi intercostali, e ci presenta 4 casi in cui ha avuto risultati soddisfacenti: il 1° in individuo con frattura della 5ª e 6ª costola di sin. Previa anestesia tronculare con soluzione di novocaina all'1 % pratica l'alcoolizzazione del 4°, 5°, 6°, 7° nervo intercostale. Dopo 35 giorni radiologicamente si dimostra la formazione di un callo osseo non esuberante.

Il 3° caso presentava frattura della 2ª, 4ª, 5ª, 6ª costola: alcoolizzazione dal 2° all'8° nervo intercostale. Dopo 46 giorni radiologicamente si dimostra in corrispondenza dei focolai di frattura la presenza di callo osseo non esuberante.

Per l'autore l'alcoolizzazione dei nervi intercostali rappresenta un mezzo terapeutico ideale, in quantochè con esso si ha scomparsa assoluta del dolore, poi l'immobilità quasi completa del segmento di parete toracica, sede della frattura.

L'immobilità è dovuta alla paralisi del sistema muscolare del territorio dei nervi intercostali alcoolizzati; paralisi che porta al rilasciamento dei muscoli intercostali, e con ciò i monconi ossei tendono a portarsi in buona posizione.

Se poi si ha anche ferita del polmone con emotorace ed emottisi, l'alcoolizzazione determina, per l'azione emostatica del collasso polmonare, scomparsa dell'emottisi.

N. DI PAOLA.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Azione della opoterapia epatica e gastrica sulle anemie secondarie.

A. Corradetti (*Fisiologia e Medicina*, marzo 1933) ha eseguito, al riguardo, pregevoli ricerche. Si è valso di ratti, nei quali provocava anemia secondaria, sottraendo sangue per mezzo del sanguisugio. I carboidrati ed i grassi furono totalmente inattivi nel determinare la rigenerazione del sangue; le proteine vegetali ed animali furono lievemente attive; il fegato (di vitello) e lo stomaco (di maiale) invece stimolarono energicamente la rigenerazione; così pure i loro estratti. Il principio attivo del fegato si dimostrò termolabile; invece il principio attivo dello stomaco venne distrutto solo in parte dall'ebollizione: dunque sono diversi. Questi risultati vanno tenuti presenti nel procedere all'epatoterapia: indicano che il fegato dovrebbe essere consumato pochissimo cotto o crudo; invece lo stomaco può essere cotto. Il principio attivo dello stomaco fu presente quasi esclusivamente nella mucosa.

Sotto l'azione dell'opoterapia antianemica, si rigeneravano parallelamente il numero delle emazie e il tasso da emoglobina, ma con ritardo dell'emoglobina sulle emazie. Si osservarono molte emazie granulo-filamentose, il che denota una reazione midollare. L'anemia secondaria si accompagnava a piastrinosi, ma questa era imputabile all'irudina.

Il lavoro contiene altri dati sperimentali.

Interessa anche per i dati storici dai quali risulta che le prime ricerche sull'azione del fegato, nelle anemie secondarie sono di P. Castellino e risalgono al 1912; le prime ricerche sperimentali di Whipple furono pubblicate nel 1920; l'applicazione di Minot e Murphy alla cura dell'anemia perniciosa è del periodo 1926-1928. A. P.

AFORISMI.

La diagnosi precoce dei tumori del mascellare superiore.

1) La diagnosi precoce di un tumore maligno del mascellare superiore deve essere fatta prima che il tumore abbia sorpassato i limiti del mascellare suddetto.

2) Ogni rigonfiamento, anche insignificante, del mascellare superiore che non si risolve in quindici giorni, deve far sospettare un processo maligno di detto mascellare.

3) Evitare soprattutto la confusione con le periostiti semplici e sifilitiche.

4) Di fronte ad una nevralgia del secondo ramo del trigemino pensare sempre alla possibilità di un tumore del mascellare superiore.

5) Una suppurazione del seno mascellare è, talvolta, il primo segno di un tumore del mascellare superiore.

6) La presenza di un leggero edema della congiuntiva oculare e di diplopia deve far sempre pensare alla possibilità di un tumore del mascellare superiore.

7) L'esame radiologico ha raramente importanza nella diagnosi precoce dei tumori maligni del mascellare superiore. Una radiografia negativa non prova nulla.

8) L'escissione di prova sarà praticata raramente e solo quando essa possa essere subito seguita dalla operazione radicale.

(Da *Rev. Esp. de Med. y Cir.*, maggio 1933).

G. LA CAVA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. n. 9420:

Non esistono termini fissi per la dichiarazione di abitabilità delle case. In linea generale, si esigono come minimo, da 6 a 12 mesi dopo l'applicazione della copertura. Evidentemente, hanno notevole importanza per l'umidità o meno di una casa, la grandezza della casa stessa (case più grandi esigono maggior quantità di acqua per la maggior quantità di malta e, quindi, un tempo più lungo per il prosciugamento), i materiali da costruzione (un largo uso di cemento armato riduce di molto il tempo necessario per il prosciugamento), il clima (se umido, come quello marittimo, occorre un tempo maggiore), la ventilazione, ecc.

Il giudizio più sicuro viene dato dalla determinazione dello stato igrometrico della casa, sia con la psicrometria (da farsi dopo avere tenuto perfettamente chiuso un ambiente per 48 ore), sia con la determinazione di umidità delle malte. In generale, si ammette come limite massimo: un'umidità relativa del 70 % ed un'umidità della malte del 3 %. *fil.*

Al dott. R. T. da L. A. S.:

Bisognerebbe anzitutto sapere di quale colore si desidera la tintura. La seguente formula (Broq. *Dermatologie pratique* è per le tinture di colore scuro. Lavare i capelli con una soluzione di carbonato di potassio (uno su dieci secondo il testo, ma può bastare l'uno per cento) e poi frizionare con succo spremuto del rivestimento verde (mallo) delle noci, *parti dieci;* alcool a 60°, *parti novanta;* lasciare in contatto per dieci giorni e poi filtrare.

V. M.

VARIA.

Intossicazioni alimentari per uova di anitra.

W. Fromme (*Deut. med. Wochenschrift*, 28 aprile 1933) ha osservato numerose intossicazioni alimentari manifestatesi in 25 gruppi: complessivamente 143 individui, di cui 2 morirono. Lo studio epidemiologico permise di riferire le intossicazioni ad uova di anitra. I germi isolati furono il *Bac. enteritidis* (Gärtner e Breslau).

Le anitre, per ingestione di tali bacilli possono ammalarsi e morire oppure rimanere portatrici; sembra che la varietà più ricettiva sia quella bruna.

La trasmissione del germe può avvenire per l'interno stesso dell'uovo (in cui vennero isolati i bacilli dell'enterite), ma prevalentemente per l'esterno.

Come misure profilattiche, l'A. consiglia anzitutto la denunzia dei casi (includendoli nella più comprensiva denominazione di intossicazioni alimentari), la ricerca sistematica del bacillo dell'enterite negli allevamenti di anitre, il richiamare l'attenzione sui possibili pericoli derivanti dall'ingestione di uova di anitra crude e la disinfezione esterna di queste. *fil.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Consiglio Superiore di Sanità.

Con recente Sovrano provvedimento, adottato su proposta del Capo del Governo, Ministro dell'Interno, è stato provveduto alla costituzione del Consiglio Superiore di Sanità pel triennio 1933-1935 in conformità dell'ordinamento stabilito con la legge 23 giugno 1927 modificata dal R. Decreto Legge 21 marzo 1929.

L'alto Consesso, a prescindere dai membri di diritto, è stato costituito come appresso: prof. Giulio Alessandrini, prof. Silvestro Baglioni, prof. Guido Bargellini, prof. Guglielmo Bilancioni, prof. ing. Ugo Bordoni, prof. Pier Ludovico Bosellini, prof. Oddo Casagrandi, dott. Michele Chieffo, prof. Dante De Blasi, prof. Dante De Sanctis, prof. Cesare Frugoni, prof. Alessandro Lanfranchi, prof. Silvio Lessona, prof. Arnaldo Maggiora Vergano, prof. Tommaso Mancioli, prof. Luigi Manfredi, prof. ing. Battista Milani, prof. Giovanni Orsi, prof. Donato Ottolenghi, prof. Nicola Parravano, prof. Giuseppe Pecori, on. Vittorio Peglion, on. Ernesto Pestalozza, prof. Vittorio Puntoni, prof. Pietro Stazzi, prof. Francesco Valagussa, prof. Adriano Valenti, prof. Guido Vernoni, sen. Riccardo Versari.

Con successivo decreto del Capo del Governo sono stati nominati rispettivamente presidente e vice-presidente del Consiglio medesimo il prof. Dante De Blasi ed il prof. Cesare Frugoni. Con lo stesso decreto il medico provinciale di 1ª classe dott. Corrado Tommasi-Crudeli è stato incaricato di disimpegnare la funzione di segretario capo di detto Consesso.

Al sen. prof. Marchiafava da molti anni presidente del Consiglio Superiore di Sanità, che aveva ripetutamente insistito nel desiderio di essere esonerato dall'alta carica, il Capo del Governo ha fatto pervenire una lettera di vivo ringraziamento per la valida e sapiente consulenza tecnica prestata per la risoluzione dei numerosi problemi igienico-sanitari e sociali trattati dall'alto consesso, esprimendo altresì il desiderio che anche al di fuori del Consiglio Superiore di Sanità, l'illustre scienziato voglia continuare a dare la sua preziosa collaborazione allo studio dei più importanti provvedimenti diretti alla tutela della salute pubblica.

Il Capo del Governo ha voluto indirizzare una parola di vivo encomio e di ringraziamento anche al prof. Alfonso Di Vestea, docente emerito d'igiene della R. Università di Pisa, già per lungo periodo vice-presidente del Consiglio Superiore di Sanità e che parimenti aveva espresso desiderio, per motivi personali, di non essere confermato nella carica.

Ai proff. De Blasi e Frugoni esprimiamo il vivo compiacimento e le cordiali felicitazioni del nostro corpo redazionale per le alte cariche a cui sono stati chiamati.

MEDICINA SOCIALE.

Per la lotta antimalarica.

Il Capo del Governo ha presentato alla Camera un disegno di legge pel coordinamento delle norme intese a diminuire le cause di malaria.

La relazione, che accompagna il disegno di legge, rilevato che, con l'attuazione del programma intrapreso dal Regime per la bonifica integrale del territorio nazionale paludoso e improduttivo, si è estesa l'opera redentrice dello Stato a più di cinque milioni di ettari, per la quasi totalità focolai di grave endemia malarica, fa presente che le attuali disposizioni legislative, risalenti al 1901 e 1904, e prese sotto l'incubo di gravi epidemie con elevata mortalità, non sono ora più adeguate ai bisogni e alle nuove necessità; e richiama l'attenzione sulle seguenti manchevolezze: 1) mancanza di norme precise circa l'assistenza ospedaliera, talora necessaria per assicurare la cura radicale della malaria, sia nelle forme iniziali, sia in quelle croniche; 2) mancanza di norme per l'assistenza dei malarici che ritornano nei paesi di origine, esenti da endemia di malaria; 3) insufficiente disciplina della lotta antianofelica, specialmente negli aggregati urbani e nelle immediate adiacenze di essi; 4) insufficiente tutela sanitaria ed antimalarica dei lavoratori, reclutati per i lavori di bonifica.

Donde l'opportunità di procedere ad una revisione delle disposizioni in vigore per la lotta contro la malaria e di coordinare e unificare tutte le attività e le energie, sia pubbliche, sia private, indirizzandole con unicità di direttive e di organizzazione tecnica al conseguimento dei maggiori benefici sanitari.

La relazione passa quindi ad illustrare i singoli articoli del provvedimento, che tra l'altro stabilisce la dichiarazione delle zone di endemia malarica, l'istituzione in queste di un Comitato provinciale per la lotta antimalarica, la distribuzione gratuita del chinino, ecc. Particolare importanza assumono le disposizioni nei riguardi giuridico-assistenziali, tanto nei riguardi dell'operaio assicurato contro gli infortuni, quanto nei riguardi dell'esito letale che si può verificare per febbre perniciosa, quando si accerti colpa del datore di lavoro, per constatata mancanza, in luogo, di opportuna assistenza sanitaria.

(Cfr. questo periodico, n. 14, pag. 552).

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Per un più organico funzionamento degli Istituti superiori.

Il Ministro dell'Educazione Nazionale, on. Ercole, ha inviato una circolare ai Rettori e Direttori delle Università e degli Istituti Superiori e ai Presidi delle Facoltà e Scuole per richiamare la loro attenzione sulla necessità, ai fini del migliore e più organico funzionamento degli Istituti di Istruzione Superiore, che siano scrupolosamente

adempiuti tutti i còmpiti spettanti alle Facoltà e Scuole e particolarmente quelli che maggiormente interessano l'attività didattica.

Il Ministro, riferendosi a quanto disposto dall'art. 24 del R. D. 30 settembre 1933, ricorda l'obbligo che hanno le Facoltà e le Scuole di raccogliere i programmi dei corsi, di esaminarli e coordinarli fra loro, di introdurvi le opportune modificazioni e di elaborare così un piano organico di studi pienamente rispondenti ai postulati del Regime come alle finalità scientifiche e professionali delle Facoltà e Scuole medesime.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUI (*Alessandria*). *Ospedale Civile « Monsignor Capra »*. — Scad. 12 ag.; chirurgo primario direttore sanitario; L. 3000 annue, ridotte del 12 %; compartecipaz. 47 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

ALESSANDRIA D'EGITTO. *Ospedale Italiano « Benito Mussolini »*. — Scad. 31 lug.; aiuto del reparto chirurgico; titoli; età lim. 35 a. al 31 mag.; 2 anni di assistente o aiuto in Clinica chirurg. od in reparto chirurgico di Ospedale; doc. a 3 mesi dal 31 mag.; vitto, alloggio, compartecipaz. con un minimo garantito di L. E. 250 annue; esame di Stato alla prima sessione successiva alla nomina; chied. avviso. Rivolgersi alla Direzione.

ANCONA. *Ospedale Civile Umberto I*. — Fino alle ore diciotto del 20 luglio 1933 è aperto il concorso per titoli al posto di chirurgo primario dirigente di uno dei due riparti di chirurgia. Per la richiesta di informazioni e della copia del bando rivolgersi all'Ufficio di Amministrazione dell'Ospedale.

BAGNO A RIPOLI (*Firenze*). — Scad. 21 ag.; per Grassina; L. 8500 e 8 trienni decimo, oltre L. 3500 (variabili) trasp.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

BANZI. (Vedi MATERA).

BERNALDA. (Vedi MATERA).

BIANZONE (*Sondrio*). — Al 30 giu., ore 16; L. 8500 e 4 quinquenni dec., oltre L. 400 uff. san., L. 650 trasferta, c.-v., L. 500 trasporto; riduzioni; età lim. 40 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 25 mag.

BORGO S. GIACOMO (*Brescia*). — Scad. 10 lug.; 2° reparto (3 frazioni); L. 9000 da ridurre del 12 %; 6 quinquenni dec.; L. 1000 bicicletta; L. 1200 se uff. san.

CACCAMO (*Palermo*). — Scad. 31 ag.; L. 8750 da decurtare del 12 %.

CERVARA DI ROMA (*Roma*). — Scad. 31 lug.; lire 10.5000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2000 cavalc. e arm. farm.; addizion. L. 4 oltre i 1000 pov.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

CESENATICO. (Vedi FORLÌ).

CIVIATE (*Como*). — Scad. 30 giu.; L. 9000 e 4 quinquenni dec.; addizion. L. 5 oltre i 400 pov.; L. 900 se uff. san., L. 500 ambulat.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

ENNA *R. Prefettura*. — Concorso ai posti di Ufficiale Sanitario nei comuni di Troina, Valguarnera, Villarosa. Stipendio annuo lordo L. 7000. Limiti di età anni 45, salvo le esenzioni dei limiti previsti dalla legge. Scadenza 31 luglio 1933.

FIRENZE. *Spedale S. Giovanni di Dio*. — Scad. ore 16 del 31 ag.; assistente chirurgo; L. 5000, oltre L. 1200 indenn. guardia, c.-v., compartecipaz.; ritenute; laurea da non oltre 5 a.; doc. a 3 mesi; nom. biennale. È annullato il precedente avviso di concorso.

FORLÌ. *R. Prefettura*. — È prorogato al 30 giugno 1933 il termine del concorso per Ufficiale Sanitario del Comune di Cesenatico. Con provvedimento in corso di approvazione lo stipendio è stato portato a L. 12.000 annue.

GENOVA. *Spedali Civili*. — Scad. 24 lug.; specialista in ostetricia e ginecologia; id. in oculistica; id. in dermosifilopatia; L. 6000; ritenuta 12 %; aum. quinquennali e conferme triennali fino a 60 anni; iscriz. al P. N. F.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 23 mag.

Scad. 21 lug.; medico chirurgo dentista; lire 3000; doc. a 3 mesi dal 24 mag. Le altre condizioni come sopra.

Chiedere annunzi. Rivolgersi alla Segreteria (Ospedale S. Martino).

GENOVA. *Ospedali Civili*. — Scad. 20 lug., ore 15; 11 assistenti (5 chirurghi, 1 medico, 2 in radiologia e terapia fisica, 1 in ostetricia e ginecologia, 1 in pediatria, 1 in neurologia); L. 4500 oltre indenn. di L. 10 e di L. 15 pr le guardie; riduz. 12 %; nomine e 4 conferme biennali; doc. a 3 mesi dall'1 giu.; tassa L. 50 al tesoriere. Chiedere bando.

GROTTOLE. (Vedi MATERA).

LUCCA. *Comune*. — Scad. 20 ag.; VI reparto; L. 8000 da decurtarsi del 12 %, 5 quinquenni dec.; trasp. L. 1500; c.-v.

MATERA. *R. Prefettura*. — Concorso per titoli ed esami ai posti di Ufficiale Sanitario dei comuni di Banzi, Bernalda, Grottole, Montalbano Jonico e Palazzo San Gervasio. Scadenza 15 luglio 1933. Per informazioni e chiarimenti rivolgersi all'Ufficio Sanitario Provinciale della R. Prefettura di Matera.

MILAZZO (*Messina*). — Scad. 19 ag., ore 12; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2000 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.

MONTALBANO JONICO. (Vedi MATERA).

MONTECOSARO (*Macerata*). — Scad. 30 giu.; 1a cond.; L. 8000 e 3 quadrienni dec.; c.-v.; trasp. L. 500-2500; riduz. 12 %; età lim. 24-40 a.; tassa L. 50.10.

NAPOLI. *Consorzio Prov. Antitubercol.* — Scad. 2 ag.; direttore; L. 20.000 oltre L. 4000 indenn. carica; età lim. 45 a. al 1° giu.; titoli scientifici, accademici e di carriera dai quali risulti competenza nel campo della tisiologia, dell'igiene e della profilassi antitubercolare, tenendo particolarm. conto di servizi e mansioni espletate nella lotta antituberc.; iscriz. al P. N. F.; tassa L. 50. Rivolgersi al Presidente.

NARO (*Agrigento*). — Scad. 30 giu.; 2a cond.; L. 8000 e 4 quadrienni dec., c.-v.; trattenute; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

PALAZZO SAN GERVASIO. (Vedi MATERA).

PESCARA. *Comune.* — Scad. 15 ag.; tre condotte; L. 10.000 e 4 quadrienni di L. 800; trasp. lire 2000 e L. 4000; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

PINEROLO (*Torino*). — Scad. 10 lug.; uff. san.; L. 8000 e quadrienni, oltre L. 5000 indenn. trasferta. Rivolgersi R. Prefettura di Torino o al Comune.

RACALMUTO (*Agrigento*). — Scad. 10 lug.; lire 8500.

ROCCALBEGNA (*Grosseto*). — Scad. 10 lug., ore 20; 3ª cond.; età lim. 35 a. al 26 mag.; doc. a 3 mesi dalla stessa data; tassa L. 50,10; stip. lire 9250 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1760 trasp., c.-v.; riduz. 12 %; serv. entro 10 giorni.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti.* — Scad. 20 lug.; primario oto-rino-laringoiatra; rivolgersi Segreteria.

S. GINESIO (*Macerata*). — Scad. 30 giu.; 2 condotte; L. 9000 oltre L. 2500 cavalc.; riduz. 12 %.

SCANDELUZZA. — Vedi VILLADEATI.

SIENA. *Amministraz. Provin.* — Scad. 15 lug., ore 17; coadiutore nella Sez. med.-micrograf. del Laboratorio prov. d'igiene e profilassi; L. 12.000 oltre L. 1600 serv. att.; c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 35 a. al 15 mag.; titoli ed esami. È vacante anche il posto di assistente nella Sez. chimica.

TREVICO (*Avellino*). — Scad. 9 lug., per Scampitella; L. 6000 e 5 quadrienni dec., riduz. 12 %; età lim. 35 a. al 25 mag.; tassa L. 50.

TEORA (*Avellino*). — Scad. 10 lug.; L. 6500 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.10.

TRIPOLI. *Ospedale Vittorio Emanuele III.* — Scad. 23 lug., direttore primario medico, primario chirurgo e primario oculista; titoli. Autorizzazione al libero esercizio. Domanda in carta da L. 5 e documenti al Ministero delle Colonie, Ufficio del Personale. Il decreto è pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale », n. 121, del 24 maggio.

TROINA. — Vedi ENNA.

VALGUARNERA. - Vedi ENNA.

VERONA. *Ammin. Prov.* — A tutto 31 lug., assistente nel Laborat. prov. d'igiene e profilassi, Sez. med.-micrograf.; L. 9600 oltre L. 2600 serv. att., 3 scatti quadriennali, riduz. 12 %; età lim. 35 a. al 6 mag.; doc. a 3 mesi da questa data; iscrizione al P. N. F.; serv. entro 15 giorni. Chiedere annunzio.

VILLADEATI-SCANDELUZZA (*Alessandria*). — Condotta consorziale. Stipendio e indennità complessivamente L. 10.000. Ufficiale Sanitario L. 700. Scadenza 31 luglio 1933. Per informazioni rivolgersi all'Ufficio di Segreteria del Comune di Villadeati.

VILLAROSA. — Vedi ENNA.

VISSO (*Macerata*). — Scad. 10 lug.; 2 condotte; L. 8000 e 4 quadrienni dec., oltre c.-v., L. 2500 cavalc., L. 500 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 24-40 a.; doc. a 3 mesi dal 1° giu.; iscriz. P. N. F.; tassa L. 50.

VOGHERA. *Amministraz. Prov.* — Scad. 15 lug.; direttore del Labor. prov. d'igiene e profilassi; L. 16.000 aumentabili, oltre L. 3630 serv. att.; deduz. 12 %

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

BORSE DI STUDIO.

Borsa di Studio « Carlo Comba ».

Presso la R. Università di Firenze è aperto un concorso per una borsa di studio biennale, per l'ammontare di L. 5000 annue, intitolata al nome di « Carlo Comba » da conferirsi ad un giovane laureato in Medicina e Chirurgia e che intenda perfezionarsi negli studi pediatrici, presso la Clinica Pediatrica Medica della R. Università di Firenze.

Possono partecipare al concorso giovani di nazionalità italiana laureati da non oltre tre anni in Medicina e Chirurgia, alla data della chiusura del presente bando. A parità di merito saranno preferiti gli aspiranti che dimostrino di essere in condizioni economiche disagiate. Scad. 30 settembre. Chiedere bando. Rivolgersi alla Segreteria.

Il vincitore della Borsa avrà l'obbligo di risiedere in Firenze e dovrà frequentare la Clinica Pediatrica Medica durante l'intiero biennio, compreso il periodo estivo.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

L'Accademia di Medicina di Parigi, su relazione del prof. Cunéo, ha conferito il premio biennale « Alberto di Monaco » di fr. 100.000, al prof. Héricourt, che fu collaboratore di Richet nelle prime ricerche sulla sieroterapia e che ha consacrato tutta la vita alla ricerca scientifica e al bene collettivo: più che ottantenne, si prodiga ancora quale medico in un dispensario d'igiene sociale.

Alla Facoltà di Medicina di Rosario (Argentina) sono nominati i proff. Carlo Westkamp, di clinica oftalmologica; Fernando R. Ruiz, di anatomia e fisiologia patologiche; Pedro Ferrazzini, per il primo anno della Scuola di ostetricia.

Il dott. Rodolfo A. Rivarola è nominato presidente della Società di chirurgia di Buenos Aires.

Il prof. Hans Heppinger, di medicina interna a Colonia, è chiamato all'Università di Vienna.

AFFERMAZIONI CULTURALI

Diffusione della Biotipologia Umana all'Estero.

In questi ultimi giorni sono state fondate, in due grandi ed importanti centri culturali dell'Estero, Parigi e Buenos Aires, due Società di *Biotipologia*, con un comitato direttivo composto di illustrazioni della scienza medica di quei paesi, e con a capo l'illustre prof. Achard, clinico medico, decano della Facoltà di Medicina di Parigi, per la Francia, e del chiarissimo prof. Castex, clinico medico di Buenos Aires, per l'Argentina. Queste due Società hanno già iniziato la pubblicazione di due importanti Riviste di Biotipologia, rispettivamente « Biotypologie » a Parigi e « Anales de Biotipologia, Eugenesia y Medicina Social » a Buenos Aires: in questa città ha cominciato anche a funzionare un vero Istituto Biotipologico. Questi fatti sono veramente di notevole importanza per la scienza medica italiana, che viene così pienamente riconosciuta ed applicata all'Estero; e costituiscono ragione di legittima soddisfazione per i medici italiani e particolarmente per quelli, che si onorano di appartenere alla scuola di colui, che è stato il creatore della Biotipologia e che da un ventennio con fede vivissima ed opera costante ne è l'infaticato applicatore, Nicola Pende.

Lo sviluppo e la diffusione notevole, che questa scienza ha raggiunto in pochissimo tempo, in Italia, in Francia, in Rumenia, in America, in Russia, perfino in Palestina, sono spiegati dalla concezione veramente originale e razionale su cui essa poggia, nonchè dalle sue importantissime applicazioni pratiche, specie al campo della ortogenesi e della medicina sociale. Io non starò qui ad occuparmi ampiamente di questo argomento, che si può trovare estesamente e magistralmente trattato nei numerosi scritti del Pende e della sua scuola. Mi limiterò a riferirne per sommi capi ed a riportare piuttosto qualche parte più significativa di ciò che ne scrivono gli studiosi stranieri.

Il termine di *biotipologia* è stato creato dal mio Maestro, prof. Pende, per esprimere *la scienza, che si occupa delle varie individualità umane, non nel suo lato morfologico soltanto, ma nella quadruplice faccia della forma corporea, del temperamento dinamico-umorale, del carattere morale e del tipo d'intelligenza*: quadruplice faccia, che costituisce il *biotipo umano*, cioè il tipo di manifestazioni vitali complessive, che distingue un individuo dall'altro.

La base di tale cosidetta *piramide biotipologica del Pende* è il patrimonio ereditario morfio-fisio-psicologico dell'individuo, che la biotipologia esplora insieme con gli altri quattro lati anzidetti; per la ragione che solo la storia genetica e potenziale dell'individuo può far comprendere le manifestazioni vitali attuali dell'individuo stesso. Come si vede, quindi, il merito precipuo ed originale del Pende, nello studio della costituzione individuale, è stato quello di considerare non isolatamente il lato morfologico od il lato fisiologico od il lato psico-fisiologico dell'individuo, come finora le varie scuole costituzionalistiche avevano fatto, ma di considerare nel loro insieme e nei loro reciproci rapporti tutti questi lati, con una visione correzionalistica, unitaria e sintetica, che appare oggi la più completa e la più razionale e la più confacente all'indirizzo clinico e medico-sociale.

Così si spiega, perchè la biotipologia del Pende, di cui in Italia hanno già apprezzato l'originalità e l'utilità pratica cultori di studi costituzionalistici come il Castaldi, Sante De Sanctis ed il Boldrini, abbia trovato una rapida diffusione all'estero, dove pur esistevano, come a Parigi, scuole e società morfologiche, per es., quella di Mac Auliffe e Thooris. Difatti ecco cosa scrive uno studioso francese, lo Schreider, nel n. 2 (1933) della Rivista « Biotypologie »: « Avec Pende commence un nouveau cycle caractérisé essentiellement par un remaniement révolutionnaire des méthodes d'investigation. Disciple de Viola, Nicolas Pende prend acte de sa classification et adopte, dans ses grandes lignes, la technique anthropométrique, qui en constitue le fondement expérimental. Seulement, avec lui, l'analyse des types humains sort des cadres étroits de la morphologie. Dans sa conception, le " biotype ,, apparaît comme la résultante morphologique, physiologique et psychologique, variable d'un individu à l'autre, des propriétés cellulaires et humorales de l'organisme, résultante toujours déterminée essentiellement par les lois de l'hérédité et accessoirement par l'action perturbatrice du milieu... ».

..... « Pourtant, il serait difficile de contester qu'en multipliant ses « variétés », au détriment de la simplicité qui semble avoir séduit les auteurs de quelques classification trop succinctes, *Pende a marqué un pas important sur le chemin, qui mène à la connaissance du concret et de l'individuel* ».

In Italia la grande istituzione nazionale per la tutela della crescenza e della educazione fisica delle giovani generazioni, cioè l'O. N. B., ha già adottato la cartella biotipologica del Pende, come la guida ed il documento indispensabile per l'irrobustimento costituzionalistico e la profilassi delle anomalie di sviluppo fisico e psichico dei germogli delle stirpi italiche. E la biotipologia invade oggi gli altri due grandi campi della scuola e dell'officina, dove solo la conoscenza profonda della personalità fisico-psichica unitaria del soggetto può essere arra sicura di pedagogia razionale e di una razionale preparazione d'una selezione e di un orientamento giusto al lavoro, a cui ogni uomo è da natura destinato.

Oggi, tutta un'altra serie di recentissime ricerche della scuola del Pende prende anche di mira il campo nuovissimo dei fattori razziali nella genetica delle varie individualità umane, ed anche da questo lato la biotipologia razziale e genetica si dimostra già promettente di nuovi frutti, e di interesse nazionale e sociologico, in quanto che

mira ad indagare i valori somatici e spirituali delle varie stirpi, che compongono l'unità politica della Nazione, e costituiscono l'attivo del bilancio umano del nostro Stato, organizzato in modo che solo la conoscenza di tutti i valori etnici potrà, come il Pende sostiene, permettere quella unificazione che al fascio politico aggiungerà il *vero fascio* delle forze spirituali della Nazione.

Ci auguriamo che questo primato italiano nel campo della biotipologia e delle sue applicazioni medico-sociali, il quale ampia i confini e rafforza i meriti della grande Scuola costituzionalistica italiana, che si fregia dei grandi nomi di De Giovanni e di Viola da cui il Pende discende e che trova oggi all'estero così patente riconoscimento, sia inteso anche in Italia con serena obbiettività e giustizia, ciò che non sempre è stato fatto, neppure in uno dei più recenti libri, che vorrebbe essere opera di rivendicazione degli scienziati italiani, ed in cui purtroppo molte cose nostre sono taciute o sono male intese.

SILVIO DE CANDIA.

NOTIZIE DIVERSE.

5° Congresso italiano di microbiologia.

La Presidenza della Sezione Italiana della Società Internazionale di Microbiologia ha fissato i temi di Relazione per il V Congresso Nazionale che avrà luogo nella primavera del 1934. Essi sono: « I virus filtrabili nella patologia vegetale », relatore il prof. V. Rivera (Perugia); « Nuove vedute sulla biologia dei parassiti malarigeni », relatore il prof. G. Alessandrini (Roma); « Il Batteriofago », relatore il prof. G. Orsi (Napoli). Sarà inoltre svolto il seguente argomento all'ordine del giorno: « Natura chimica degli antigeni e degli anticorpi », relatore il prof. P. Rondoni (Milano). Saranno ammesse comunicazioni, preferibilmente su argomenti di relazione. Non saranno accettate comunicazioni aventi carattere pubblicitario.

I dattiloscritti delle comunicazioni, in lingua italiana o francese, dovranno pervenire alla segreteria del congresso non più tardi del 31 gennaio 1934. I titoli delle varie comunicazioni saranno accettati a tutto il 31 dicembre 1933.

Sono ammesse comunicazioni anche da parte di studiosi stranieri.

Una seduta del Congresso sarà dedicata al Comitato Italiano per lo studio dei gruppi sanguigni, che terrà in tale occasione la sua solita riunione. Sarà discusso il tema: « I gruppi sanguigni in clinica medica », relatore il prof P. Mino (Torino). Sull'argomento sono accettate comunicazioni, per le quali vigono le regole più sopra riferite.

La quota d'iscrizione al Congresso è fissata in Lit. 25 e dà diritto al volume degli Atti ed alle facilitazioni ferroviarie di rito.

Per ogni ulteriore informazione rivolgersi ai segretari, prof. C. Arnaudi e prof. G. Dessy, via Darwin 20, Milano.

2° Congresso della Società francese di ginecologia.

Si è tenuto a Luxeuil (Lorena) dal 2 al 5 giugno sotto la presidenza onoraria del prof. Keiffer (Bruxelles) ed effettiva di L. M. Pierra.

Un solo tema era in discussione, « il dolore in ginecologia », e fu compiutamente svolto in tutti i suoi molteplici aspetti: anatomia, fisiologia, cause, trattamento operativo, fisico, idrominerale ecc. da Jayle F. e G., Binet, Colanéri, Douay, Keiffer, Laffont, Netter, Peoker, Pierra, Zimmern.

La riunione fu molto numerosa ed animata, proficua dal lato scientifico e pratico, festosa per l'ospitalità offerta.

La prima seduta del Congresso fu presieduta dal Gaifami (di Bari) che rappresentava la Società italiana di ginecologia e che ebbe le migliori accoglienze, grazie alla cordialità e alla latinità di Pierra, ben noto nella stampa medica, oltre che come direttore della « Revue française de gynécologie », anche come animatore della Unione della stampa medica latina.

Giornate antitubercolari torinesi.

Sono state organizzate dal Consorzio provinciale antitubercolare di Torino e dalla Sezione regionale della Federazione nazionale italiana fascista per la lotta contro la tubercolòsi; si sono svolte nell'Istituto d'Igiene di quella Università. L'inaugurazione ebbe luogo il 27 maggio; parlarono il prof. Maggiora Vergano e il prof. Micheli. Furono tenute lezioni dai proff. Micheli, Maggiora Vergano, Cramarossa, Olivero.

Vennero visitati il Centro diagnostico dell'Istituto nazionale fascista di previdenza sociale, la Colonia profilattica di Lucento (ove i congressisti furono ricevuti dal podestà dott. Thaol di Revel e dal vice-podestà ing. Silvestri) ed i sanatori Agnelli sopra Fenestrelle.

All'Ospedale militare di Milano.

All'Ospedale militare di Milano è stato celebrato, con una significatica cerimonia, il primo centenario della fondazione del Corpo militare di Sanità. Alla manifestazione sono intervenuti il comandante della Divisione gen. Moizo, il direttore della Sanità militare col. P. Viola, la presidente del Comitato patronesse della Croce Rossa duchessa Xenia Visconti di Modrone ed altre personalità.

La cerimonia ha avuto inizio con una messa al campo, alla quale, oltre le autorità, hanno partecipato le truppe del Corpo di Sanità. Quindi il comandante interinale dell'Ospedale, col. Camuriano, ha pronunciato un discorso, vivamente applaudito.

L'Ospedale è stato visitato dal Principe di Piemonte; la visita si è svolta minutissima, sotto la guida del direttore di Sanità del Corpo d'Armata col. Viola e del direttore interinale col. Camuriano.

L'Ospedale sanatoriale di Siracusa.

Il 3 maggio, all'augusta presenza del Re, recatosi ad assistere alle rappresentazioni classiche del Teatro Greco, venne inaugurato a Siracusa l'Ospedale Sanatoriale dell'Istituto nazionale fascista di previdenza sociale. Alla solenne cerimonia erano presenti il ministro delle Colonie on. De Bono, il sottosegretario di Stato on. Solmi, il presidente del Consiglio d'amministrazione dell'Istituto on. Bottai e altre autorità. L'ufficio religioso venne celebrato dal Vicario Mons. Musumeci; parlarono poi il podestà, l'on. Solmi e l'on. Bottai; infine il Sovrano, guidato dall'on. Morelli, visitò i locali e gl'impianti, che costituiscono quanto di più perfetto possa realizzarsi in tale campo.

Servizi igienico-sanitari della provincia di Roma.

Il Rettorato della Provincia di Roma, adunatosi sotto la presidenza di don Piero Colonna, ha preso in esame la proposta relativa alla concessione di un contributo a favore dell'Istituto Regina Elena per lo studio e la cura del cancro, validamente sostenuta dal prof. Margarucci, ed ha espresso il voto che le condizioni del bilancio del futuro esercizio consentano l'iscrizione di un congruo stanziamento; ha discusso i progetti per l'impianto della depurazione biologica nell'Ospedale psichiatrico di S. Maria della Pietà, impianto che costituirà un ulteriore perfezionamento dei servizi igienico-sanitari dell'Ospedale stesso.

Il prof. Bernard a Roma.

Il 10 giugno il prof. Léon Bernard, della Facoltà medica di Parigi, ha ripetuto, nell'Aula Magna dell'Università di Roma, la sua conferenza sul tema « Ciò che la medicina deve all'Italia », conferenza già tenuta a Parigi. Partendo dai tempi di Roma, attraverso il Medio Evo e il Rinascimento, è arrivato e si è fermato all'Italia contemporanea, in cui ha particolarmente preso in esame tre campi di studi e di attività: la malaria, la medicina del lavoro, la tubercolosi. Ha preconizzato più stretti legami culturali tra la Francia e l'Italia.

Il prof. Bérnard venne presentato dal prof. Morelli, segretario del Sindacato Medico Nazionale. Alla conferenza assisteva un pubblico elettissimo, tra cui l'Ambasciatore di Francia e la sua Signora.

Giubilei scientifici.

Il 27 maggio alla Sorbona venne celebrato il giubileo scientifico di Arsène d'Arsonval, con l'intervento del presidente della Repubblica e sotto la presidenza del ministro dell'Educazione Nazionale de Monzie. Parlarono il sen. Armbruster, il ministro de Monzie, Bédier, Langevin, Claude, Belot, esaltando i contributi recati dal grande scienziato, successore e allievo di Claude Bernard, alla fisica biologica: in particolare le applicazioni dell'alta frequenza e lo sviluppo impresso all'elettro-fisiologia ed all'elettro-terapia. È stata offerta al festeggiato una medaglia appositamente coniata.

Il giorno prima d'Arsonval venne ricevuto solennemente al Municipio.

In questi giorni gli scienziati americani adunati a Chicago hanno voluto rendergli un vibrante omaggio. Lo scienziato austriaco Jellinek ha proclamato per radio la sua ammirazione per il d'Arsonval, utilizzando l'antenna della torre Eiffel.

* * *

Gli allievi e gli amici del prof. Louis Spillmann di Nancy si sono riuniti per festeggiarne i 25 anni d'insegnamento nella Clinica dermo-sifilografica, di lotta antivenerea e di attività scientifica. Gli venne consegnata una medaglia. Furono pronunziati varî discorsi.

Raduno di laureandi alle terme di S. Venera.

Come in altre stazioni termali, anche in quella S. Venera (Acireale) domenica 4 giugno ha avuto luogo un raduno dei laureandi in medicina di Catania, promosso a scopo di propaganda e valorizzazione delle risorse idrologiche d'Italia.

Hanno preso la parola il prof. Di Guglielmo, direttore della Clinica Medica di Catania, che accompagnava gli studenti, e il dott. Sciacca, direttore sanitario delle Terme. Entrambi gli oratori hanno riassunto brevemente le applicazioni terapeutiche delle acque termali solforose.

Ad Acireale sorgerà prossimamente un centro di ricerche attrezzato per lo studio del meccanismo d'azione delle acque di S. Venera.

Frodi infortunistiche a Lilla.

Il 22 maggio il Tribunale Correzionale di Lilla ha emesso la sentenza in esito al giudizio per le truffe mediante simulazioni d'infortuni, consumate a Lilla e di cui demmo già notizia.

I dottori Guequières, Lamelle e Blond sono stati condannati rispettivamente a un anno, a 8 mesi ed a 3 mesi di carcere, l'ultimo col benefizio della sospensione condizionale; inoltre i primi due a 1000 franchi d'ammenda ed il terzo a 500 franchi; i primi due alla sospensione dall'esercizio professionale per tre anni, il terzo per sei mesi. I 18 auto-lesionisti hanno ricevuto pene variabili da 15 giorni a 3 anni, tutti senza condizionale, salvo le donne, in numero di 3. La Federazione nazionale mutilati e amputati e il Sindacato dei medici hanno ottenuto quanto avevano reclamato, cioè un franco di danni-interessi ciascuno. Le Compagnie d'assicurazione danneggiate hanno ottenuto il diritto al rimborso delle spese e all'inserzione del dispositivo della sentenza in 30 giornali quotidiani.

Sono annunziati degli appelli contro la sentenza stessa.

Medico assolto.

Il dott. Zeppini di Viareggio, fiduciario della Cassa Naz. Infortuni, in questa qualità aveva avuto in cura un operaio carpentiere, tale Bertolucci, di cui un piede era stato perforato da un chiodo. Consigliò all'infortunato di farsi praticare un'iniezione antitetanica, non potendo provvedere egli stesso per precedenti impegni. Ma l'infortunato trascurò il consiglio e dopo alcuni giorni decedeva di tetano, all'Ospedale di Viareggio; per omicidio colposo il medico veniva condannato dal Tribunale e la sentenza veniva confermata in appello; ora la Corte di Cassazione lo ha assolto, perchè il fatto da lui commesso non è preveduto come reato.

Notizie brevi.

Un congresso internazionale di medicina dello sport è indetto a Torino e Roma per i giorni 6-10 settembre (in occasione delle Gare universitarie sportive internazionali) dalla Federazione italiana medici degli sportivi (via dello Stadio 14, Roma), di cui è commissario straordinario il prof. Ugo Cassinis.

La presidenza della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia è stata ricevuta dal Re e dal Capo del Governo, cui ha fatto omaggio di un volume che tratta dell'ostetricia e della ginecologia in Italia.

Nel circolo culturale milanese « Vita Nuova » il 26 maggio venne rappresentato con notevole successo l'atto unico « Il rimedio eroico » del dott. Muscariello.

Il prof. Antonio Roversi, radiologo dell'Ospedale « Benito Mussolini » di Bologna, ha accertato la scomparsa di alcuni aghi di radium, del valore di 150.000 lire. Si presume che il ladro o i ladri si siano introdotti nel gabinetto attraverso la finestra del piano terreno ed abbiano perpetrato il furto negli istanti intercorsi tra un'applicazione e l'altra.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Amer. Journ. of Cancer, apr. — M. R. CURTIS e al. Fattori genetici ed eziologia dei tumori maligni. — L. C. SCOTT. Il contenuto potassico nei tumori uterini benigni.

Prensa Méd. Argent., 8 mar. — P. MAYER e J. E. ISRAEL. Il reumatismo viscerale.

Arch. p. le Sc. Med., apr. — M. SIGON. Funzione granulopessica del sistema ret.-endot.

Med. Welt, 22 apr. — R. LEHMANN. Costituzione e disposizione nei rapporti con la tbc. infantile. — E. SAUPE. Irradiazione delle glandole endocrine.

Med. Klinik, 21 apr. — K. STOLTE. Dieta libera nel diabete. — Referendum sulla digitale.

Paris Méd., 22 apr. — A. LUMIÈRE. La specificità in biologia.

Minerva Med., 21 apr. — G. USSEGHI e F. LEMMI. Eliminaz. dell'ac. urico nel reumatismo artic. ac. — P. MARIN. Meningite reumatica.

Pathologica, 15 apr. — C. NINNI. L'ultravirus tuberc.

Clin. Chir., 3. — A. ANZILOTTI. Esploraz. funzionale delle vie biliari mediante la colecistoradiografia.

Morgagni, 19 mar. — C. COLUCCI. Sintesi biologica della personalità psichica.

Münch. Med. Woch., 21 apr. — E. SEIFERT. Prognosi chirurgica. — A. HAGENSTORN. Eziologia dell'appendicite.

Riv. di Psicologia Norm. e Pat., gen.-mar. — S. DE SANCTIS. Psicofisiologia del sogno.

Riv. di Patol. nerv. e ment., gen.-feb. — J. NARDI. Osteopsatirosi idiopatica in epilettico. — M. BERGONZI. Sull'artrite cronica deformante. — C. RIZZO. Diagn. biologica di cisticercosi. — P. C. MASPES. Sindrome narcolessica-onirica d'origine diencefalica.

Gaz. d. Hôp., 10 apr. — G. CARRIÈRE e al. L'insufficienza cardiaca durante il morbo di Basedow.

Amer. Medic., mar. — Numero di stomatologia.

Journ. Méd. Franç., apr. — Numero sulla psicanalisi.

Journal A. M. A., 8 apr. — W. F. HERRON e W. S. MCELLROY. Il fegato autolisato nel trattam. dell'anemia pernic. — E. MOSCHCOWITZ. Ipoproteinemia. — A. H. GRAHAM. Immunizzaz. antidifterica con unica dose di tossoide.

Id., 15 apr. — W. McK. CRAIG e R. K. GHORMLEY. Significato e trattam. della sciatica. — T. L. ALTHAUSEN. Impiego del destrosio nelle epatopatie.

Ann. Inst. Pasteur, apr. — A. CALMETTE e A. SAENZ. L'immunità para-specifica conferita dal BCG. — C. NINNI. Elementi filtrabili del virus tbc.

Quarterly Journ. of Med., apr. — H. G. GARLAND e J. G. THOMSON. Febbre ureo-parotidea. — C. A. KEELE. Il seno carotideo nell'ipertensione. — D. H. COLLINS. Lipemia diabetica.

Bull. Ac. de Méd., 11 apr. — A. NETTER e al. Potere neutralizzante del siero d'adulti normali sul virus poliomielitico.

Med. Welt, 29 apr. — H. BERNHARDT. Il ricambio basale. — F. HORN. Malattie infiammatorie del cuore.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XL Roma, 26 Giugno 1933 - XI Num. 26

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI.

Clinica Chirurgica della R. Università di Cagliari

Sul trattamento di due casi di appendicite già presentati in altre lezioni.

Prof. G. BAGGIO, direttore.

La clinica insegna sul libro dei malati.

È per questo che oggi vogliamo riaprire le storie del bambino e della donna al punto in cui le lasciammo un mese e mezzo fa e leggervi ciò che è intervenuto da allora ad ora.

Fu nelle due lezioni del 19 e del 21 gennaio che ci occupammo di essi per venire ad una conclusione diagnostica dalla quale orientare il nostro contegno terapeutico.

Facemmo diagnosi — per ambedue — di appendicite flemmonosa in fase stazionaria di apiressia.

Discutemmo la prognosi e concludemmo che di solito condizioni morbose siffatte preludono al riassorbimento degli essudati, per cui l'affezione passa poi allo stadio intervallare di cosidetto freddamento.

Mettemmo bene in chiaro che appendicite freddata non equivale affatto ad appendicite guarita; anzi: che la flogosi intervenuta una volta lascia, per lo più, condizioni di maggior favore al suo ripetersi (per il quale già basterebbero le disposizioni originarie di quella determinata appendice in quel determinato soggetto) e che, di guarigione può parlarsi soltanto quando l'appendice sia stata asportata. Il caso del bambino fu illustrato appunto per dare un esempio della periodicità di decorso che avremmo dovuto attenderci anche nella donna. Considerato però che la flogosi aveva raggiunto le condizioni di equilibrio rispetto alle difese dell'organismo, e tendeva ad esaurirsi da sè, ci parve giudizioso attendere la nuova fase intervallare, di malattia, cioè della cosidetta appendicite a freddo, piuttosto che raggiungere lo scopo dell'asportazione attraverso manovre che avrebbero dovuto inevitabilmente sconvolgere l'equilibrio già raggiunto fra l'offesa esplicata dai germi invadenti e la difesa dell'organismo che aveva lottato per sequestrarne l'azione in sede appendicolare e impedirne la diffusione nell'addome o, peggio ancora, nel circolo sanguigno: manovre che, sia virulentando traumaticamente i germi, sia traumaticamente danneggiando i tessuti, avrebbero potuto, per lo meno, rendere più difficile a guarire quella infezione che, nel caso di appendicectomia a freddo non vi sarebbe, invece, stata più.

Ma non omettemmo di richiamare l'esperienza generale e anche quella nostra personale documentata, per avvertire che, se la risoluzione spontanea era presumibile, non poteva però ritenersi certa, e che, anche nella fase di declino dovevamo invece esser pronti ad intervenire d'urgenza contro una eventuale ripresa della infiammazione.

Vediamo ora come si sono svolte le cose da quei giorni.

Nel bambino, a partire da 6 giorni dopo che era stato presentato a lezione, la temperatura, che prima rimaneva di alcuni decimi sotto i 37°, tocca i 37°, sale a 37°,3, ridiscende alla norma e risale ancora ad un massimo di 37°,9. Il polso resta normale; ma, coll'ascendere della temperatura, ricompaiono lievi dolori provocati al fianco. Fin dall'inizio di questo ridestarsi dei sintomi fu sospesa la dieta lattea, che venne sostituita con dieta idrica e fu riapplicato il ghiaccio sull'addome. 14 giorni dopo la presentazione a lezione, cioè 8 giorni dopo la ripresa dei sintomi, la temperatura è a 37°,8, il polso è sempre alla frequenza normale degli 80-90, regolare e valido. I piccoli dolori sono eguali a quelli dei giorni precedenti. Dopo la mezzanotte il bambino viene colto da dolori diffusi a tutto l'addome, ma lievi, che non gli impediscono di dormire fino alle 6 del mattino. Alle sei del mattino i dolori aumentano di intensità e sopravviene il vomito. Il bambino è coricato sul fianco destro, ripiegato su sè stesso, con aspetto di sofferenza. L'addome è retratto, difeso su tutto l'ambito, assai dolente alla pressione; dà risonanza smorzata su tutto l'ambito; l'ottusità epatica è conservata. La temperatura è a 38°,5, il polso piccolo, con frequenza di 120. Viene operato subito (4-II-33). Oggi lo vedete con ferita, in parte cicatrizzata linearmente, in parte granuleggiante a piatto.

La donna non variò delle condizioni in cui fu presentata a lezione fino a 18 giorni dopo. Dopo 19 giorni riprende una lievissima dolorabilità provocata sulla superficie posteriore del fianco, accompagnata da modica difesa, e tale si mantiene senza alterazione della temperatura e del polso per altri due giorni ancora. La temperatura della sera, due giorni dopo questa ricomparsa della dolorabilità provocata e di difesa, sale a 37°,5. L'indomani, e cioè l'11-2-33, fu operata. Oggi la vedete anch'essa con ferita per metà cicatrizzata linearmente e per l'altra metà granuleggiante, con lieve gemizio di pus.

Questi due casi vengono dunque a confermare il valore delle riserve che a suo tempo facemmo circa l'attendibilità di una risoluzione spontanea dell'appendicite.

Ma, se fosse per questo soltanto, non avrebbero giustificato il nostro ritorno sull'argomento.

Utile mi pare invece che possa essere il domandarsi se, tenuto conto di queste riserve, in casi analoghi convenga abolire l'attesa o operare prima. Ci siamo trattenuti dall'operazione nei nostri casi per non turbare un equilibrio difensivo; abbiamo operato invece quando l'equilibrio s'era rotto da sè, dunque in condizioni più sfavorevoli: perchè esporci in altri casi alla stesso sfavore?

E non sarebbe stato egualmente interessante dibattere la questione in precedenza, sulla giustificazione della dottrina da noi stessi richiamata, come può esserlo il farlo sulla guida di ciò che forma esperienza nostra diretta e presente. Ecco la diversità del libro: quello, il libro scritto, di ciò che fu e di ciò che sarà, questo, il libro vivente, di ciò che è, e che ferma la nostra attenzione con tutta l'attrattiva dell'avvenimento del quale noi stessi siamo attori e spettatori.

Il problema posto dall'osservazione odierna, se cioè, dall'andamento dei nostri due casi possa venirci consiglio ad operare, in casi analoghi, senza attendere l'incerta risoluzione della flogosi, non è semplice e merita, anzi, di essere considerato profondamente. Ma, appunto perchè tale, richiede di essere liberato da qualsiasi preconcetto. Ciò non è facile in materia di appendicite, nella quale, non (come in ogni malattia) la varietà dei casi, ma la complessa evoluzione della malattia stessa importa in ciascun momento di questa evoluzione condizioni particolari che possono aver gran peso sul risultato dell'intervento chirurgico intrapreso oggi, piuttosto che domani o anzichè ieri.

E, anzitutto, di qual genere di intervento intendiamo noi di parlare? Prima, riferendomi alla guarigione dell'appendicite, ho accennato all'appendicectomia. E tale deve essere indiscutibilmente l'opera nostra se è la guarigione, cioè la liberazione dell'organismo dal ripetersi della appendicite, che vogliamo raggiungere. Ma, nel decorso di un'affezione qualsiasi, e specialmente in quello di una flogosi, anzi, di una flogosi viscerale, molte volte non è possibile arrivare con l'opera chirurgica alla guarigione radicale e può essere già grave compito invece, quello di liberare il malato dal pericolo di morte che lo minaccia. Intervento chirurgico per appendicite vuol dire dunque, generalmente, appendicectomia, ma può anche voler dire, in determinati casi, manovre adeguate a combattere direttamente le sole complicazioni che dall'appendicite sono derivate e che dominano ormai il quadro morboso; può voler dire, in un primo tempo, sola laparatomia evacuativa di un ascesso o di un vero e proprio versamento peritoneale.

Vedete dunque come si complica subito e si estende ogni problema che tocchi il campo terapeutico dell'appendicite?

Se ricercate nella letteratura dell'appendicite, troverete statistiche anche grosse, di interventi eseguiti a flogosi in atto, cioè, come abitualmente si dice, a caldo, senza un morto. Ebbene: poichè altrettanto mirabili risultati è difficile avere dall'operare a freddo, dovremo noi indurre da quelle statistiche, che operare l'ap-

pendicite a caldo è meno pericoloso (per l'esito dell'operazione) che operarla a freddo? Bisognerà per lo meno che ci domandiamo in quale fase di calore siano stati operati quei casi, e che si dica, d'altro canto, che cosa intendiamo per appendicite a freddo.

Non senza ragione adunque, quando facemmo la diagnosi dei nostri due casi dicemmo trattarsi di appendicite flemmonosa in fase stazionaria di apiressia. Mentre l'aggettivo di flemmonosa caratterizzava la forma anatomica, l'aggiunta della fase stazionaria in apiressia ci riassumeva l'evoluzione clinica passata e ci prospettava quella avvenire. L'insieme dell'espressione diagnostica ci permetteva di annettere ai nostri due casi un'individualità che non si può ritrovare nella semplice formula di appendicite a caldo. E questa individualità dobbiamo tener presente anche ora se dai casi medesimi vogliamo, come abbiamo detto, trarre insegnamento.

Accontentandoci del vecchio adagio: è bene ciò che finisce bene, noi potremmo dire: i nostri casi sono guariti, dunque abbiamo fatto bene a far così. Ma noi vogliamo sapere invece se il contegno seguito per essi può dare affidamento anche per altri casi in condizioni analoghe o se, come abbiamo detto prima, avendo possibilità di operare quando la flogosi è nel massimo grado di attenuazione, convenga profittare, senza correre il pericolo di vederla accentuarsi nuovamente.

Per quanto vogliamo essere obbiettivi, non possiamo rinunciare ad una premessa, ed è questa: l'appendicectomia a freddo è indubbiamente più sicura che l'appendicectomia a caldo. Per appendicite a freddo intendiamo, però, quella nella quale la temperatura sia pienamente normale e anche ogni sintoma locale sia interamente scomparso da almeno un mese; quanto cioè è necessario per dare garanzia che ogni azione flogistica nello spessore della parete appendicolare sia scomparsa. Non lasciatevi deviare a questo riguardo dalla così detta appendicite cronica, la quale, se è un'appendicite catarrale non presenta interesse agli effetti della nostra affermazione, e divide invece, generalmente, le sorti con analoga alterazione del cieco e del colon; se è invece la forma attenuata di una flogosi svolgentesi nello spessore muscolo-connettivale dell'appendice, rientra pur sempre tra le appendiciti flemmonose e richiede tutti i requisiti inerenti per queste, prima che possa essere considerata allo stadio di freddamento.

Certo, non avremmo atteso nei nostri casi, se non ci fosse stata la fondata speranza di veder scomparire, com'era scomparsa la temperatura, anche l'intera massa degli essudati; e se anche per le evenienze contrarie, non avessimo tenuto conto delle ben note condizioni della flogosi al momento nel quale cominciava l'attesa controllata.

* * *

Ora, che cosa ci dice il risultato ottenuto nei nostri operati? Un rilievo parmi di grande importanza: che, cioè, l'esito dell'intervento fu in ambedue egualmente rapido e risolutivo nonostante il diverso reperto operatorio.

Nel bambino, oltre ad un'appendice ascendente laterale esterna adesa al colon e alla parete, e circondata da pus, si trovò un'ingente quantità di liquido purulento che si vuotò con forza provenendo dal bacino, appena fu distaccata un'ansa del tenue dal pavimento della fossa iliaca.

Nella donna: l'appendice pure ascendente e coperta dalla parete laterale del cieco alla quale aderiva, e che era commista a pus molto tenue, che fluiva a piccoli rivoli dall'alto, lungo il colon, quando questo fu distaccato dalla parete.

Questo rapido ristabilirsi delle condizioni generali di tutti e due i nostri malati a seguito dell'operazione, non può essere disgiunto dalla comune condizione in cui li avevamo lasciati, di fase stazionaria in apiressia e in silenzio di dolore. La flogosi che riprende da tali condizioni parmi che biologicamente possa essere paragonata, *mutatis mutandis*, a quella che esordisce. Per virulenti che siano, i germi invasori non esplicano la loro azione patogena in piena intensità al momento stesso in cui si localizzano. Tutta la loro tossicità si sviluppa quando abbiano già invaso i tessuti e vi abbiano (per dir così) fatto presa vitale. Analogamente poteva essere considerata, agli effetti di una ripresa dei sintomi, la avirulenza in cui erano caduti i germi, già allogati ma sequestrati, nei casi nostri.

E, come l'esperienza dimostra che un'appendicite al suo esordio è assai più facilmente giustiziabile dal chirurgo che dopo, così deve esser stato di giovamento all'esito della cura dei nostri casi l'aver essi ripreso il decorso minaccioso da una fase che era ormai di inattività patogena dei germi.

Ma, in funzione di questa fase di malattia, un'altra condizione è di fondamentale importanza nel valore che assume il risultato terapeutico, e cioè la tempestività dell'intervento.

Condizioni favorevoli possono essere considerate anche l'accesso diretto e radicale all'appendice, il vuotamento degli essudati per la via più breve e con parsimonia di drenaggio, avendo sfruttato in loro vece la posizione declive, il trattamento caldo umido che seguì a breve distanza dall'intervento. Non indifferente dev'essere stata anche la sede dell'appendice, che in ambedue i casi era laterale esterna, cioè limitata fra l'ascendente e la parete addominale, quindi in uno spazio relativamente protetto, dal quale la diffusione degli essudati è meno rapida e temibile che se la massa di essi è raccolta invece medialmente al cieco, dove la bar-

riera non può essere formata che da omento e anse intestinali, e da dove si continua la libera cavità del peritoneo. Ma il massimo beneficio deve essere derivato dall'esser noi intervenuti prima che l'infezione sorpassasse i limiti della facile dominabilità.

Due concetti adunque risultano dall'analisi dei nostri due casi: l'uno, di ordine strettamente scientifico, l'esatta raffigurazione clinica della fase evolutiva in cui si trovava la malattia quando decidemmo di soprassedere invece che operare allora; l'altro, essenzialmente pratico, di essere intervenuti quando l'infezione, nella sua nuova fase invasiva, non aveva ancora guadagnato terreno.

Sulla considerazione di questi due elementi, al suesposto quesito riguardante l'opportunità o meno di cambiare contegno per l'avvenire, noi vorremmo rispondere che tale opportunità non la sentiamo. Anche gli attuali due casi confermano che, allorquando l'appendicite abbia sorpassato la fase di esordio, che può essere praticamente ravvisata nelle classiche 24 ore dall'inizio del dolore, conviene discutere la sua trattabilità chirurgica caso per caso, tenendo di mira che l'operare a freddo è preferibile all'operare a caldo, ma che sovrattutto bisogna operare a tempo. E tale divisamento i nostri casi confermano, non per la semplicistica considerazione del loro risultato, ma attraverso il dibattuto esame del come quel risultato si sia ottenuto.

Da tale esame, però, si eleva una constatazione che domina e riassume l'interesse clinico dell'odierno insegnamento, la constatazione cioè che noi ci siamo permessi di attendere ad operare perchè sapevamo di poterlo fare.

Noi non abbiamo seguito il parere di coloro (e sono molti) che operano sistematicamente l'appendicite a qualnque momento del suo decorso. Non l'abbiamo fatto perchè siamo invece del parere che le infezioni in genere e quelle viscerali in ispecie, siano affezioni complesse il cui trattamento razionale varia a seconda delle fasi dell'infezione. Non l'abbiamo fatto anche allo scopo di sfruttare, per noi e per voi, tutto l'ammaestramento che l'esperienza offre. Ma disponevamo di tutti i mezzi per fronteggiare qualsiasi evenienza in qualunque momento.

Durante la notte, il bambino manifestò l'allarme della gravità, con la frequenza del polso che mai si era mosso prima, nonostante le variazioni della temperatura: al mattino fu operato. Nella donna non attendemmo nemmeno i segni generali di temperatura e polso, operammo sulla sola indicazione del ridestarsi del dolore provocato.

I risultati ci confermano che sapevamo di poter attendere. Ma domandiamoci ora: che cosa sarebbe avvenuto di quel peritoneo già invaso liberamente dall'essudato abbondante, ma da questo non intaccato ancora nelle sue resistenze vitali, se l'essudato medesimo vi fosse, invece, rimasto ancora anche per breve tempo? E non avrebbe percorsa per intero la sua via ascendente, che mena all'ascesso sottodiaframmatico o sottoepatico, quel pus della donna che già subdolamente guadagnava terreno? E quale ambiente avrebbe permesso di provvedere a tempo, se non era un ambiente chirurgico? Anche il semplice trasporto, dei malati, li avrebbe danneggiati, non foss'altro, facendo ritardare i nostri provvedimenti.

Qui non si tratta di dire se l'appendicite sia una malattia medica o una malattia chirurgica, si tratta di rilevare invece (e i nostri due casi ne danno prova) che il chirurgo può fare per essa quello che sa fare il medico e che, viceversa, il medico non basta dove il chirurgo può guarire.

Tutto il trattamento medico più accurato e severo fu prodigato, ma non bastò; per avere ragione del male ci volle l'intervento operatorio.

Raccogliendo allora l'utilità pratica della suddetta constatazione, voi dovete concludere che l'appendicite è la malattia insidiosa capace delle più temibili sorprese e delle più funeste conseguenze; che può essere giudizioso trattarla in un modo e nell'altro, cioè con la terapia medica e con le risorse chirurgiche. Ma che arbitro naturale della convenienza dell'una o delle altre è soltanto il chirurgo: il chirurgo, che ha a sua disposizione tutti i mezzi di cura, il chirurgo, che a questi mezzi può ricorrere immediatamente, in qualsiasi momento del giorno e della notte, il chirurgo che può seguire clinicamente l'andamento della flogosi con una esperienza delle fasi anatomiche di essa, che il medico più esperto non può avere.

Quante appendiciti avete visto al tavolo anatomico, in confronto di quelle che potete vedere al tavolo operatorio?

A chi mi avesse accusato di *Cicero pro domo sua*, dissi l'altra volta su questi due malati che avrei risposto: no, *Cicero pro veritate*. Lo svolgimento dei fatti giustifica la mia difesa, ed oggi aggiungo che, se un giorno voi ritroverete nella vostra memoria questi due casi, qualunque possa essere l'utilizzazione che del ricordo vogliate fare, avrete appreso da essi assai di più che dalla lettura, in tutti i trattati del mondo, di tutto ciò che sull'appendicite sta scritto.

NOTE E CONTRIBUTI.

CLINICA DERMOSIFILOPATICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretta dal Prof. P. L. BOSELLINI.

Su di un focolaio di Leishmaniosi cutanea endemica in Abruzzo

per il prof. dott. M. MONACELLI, aiuto.

Già da qualche tempo da alcuni colleghi avevo avuto notizia di una speciale dermatosi endemica in alcune zone dell'Abruzzo e più specialmente in provincia di Teramo. L'interesse presentato dall'affezione e per la sua diffusione e per i suoi speciali caratteri che non avevano ancora permesso ai sanitari del luogo una diagnosi della malattia pur propendendo in genere essi ad ammetterne la natura tubercolare, mi avevano fatto sorgere il desiderio di occuparmi della questione.

Il che mi è stato possibile in questi ultimi tempi, sia seguendo in Clinica alcuni pazienti provenienti dall'Abruzzo, sia studiando direttamente sul posto la diffusione e la natura dell'endemia.

Su queste mie ricerche riferirò in maniera completa in una mia prossima memoria; qui voglio soltanto accennare brevemente ai più importanti risultati delle mie osservazioni che confermano l'interesse scientifico e pratico, già da me sospettato, della malattia in questione.

La zona principalmente presa dall'endemia è rappresentata dalle due vallate parallele del Vomano e del Tordino nelle loro porzioni media e bassa, sì da comprendere la zona litoranea e di media altitudine della provincia di Teramo; sconosciuta è invece l'affezione nelle zone di maggior altitudine della provincia stessa che comprende il versante nord-orientale del gruppo del Gran Sasso.

La malattia, che va localmente sotto il nome di *censo* non ha origini recenti ma la stessa diffusione ed aspetto avrebbe almeno da alcune generazioni. Ne sono colpiti specialmente gli abitanti delle campagne, non mancano però, se pure in minore misura, i casi nei centri abitati e nella stessa Teramo.

Clinicamente la malattia, secondo il decorso che io ho potuto ricostruire per osservazioni di casi in diverso periodo di sviluppo e per le descrizioni fornitemi da colleghi e da pazienti, si inizia sotto forma di un piccolo nodulo di colorito rosso acceso, indolente, situato nella massima parte dei casi al viso, talvolta alle mani o agli avambracci, in maniera del tutto eccezionale nelle parti coperte, senza accompagnarsi a fenomeni generali e non provocando che eccezionalmente una leggera reazione linfatica delle glandole viciniori; il nodulo cresce lentamente circondandosi talvolta, quando ha raggiunto una certa estensione, di una zona di leggera flogosi, di colorito rosso acceso, mentre la lesione vera e propria tende a divenire rosso-cianotica, più tardi rosso pal-

Fig. 1.

lida quasi giallastra (fig. 1-2-3-4). É degna di nota la comparsa abbastanza precoce su la superficie delle lesioni di piccole squame aderenti, per lo più a sede follicolare, che in seguito tendono a prendere dimensioni maggiori fino

Fig. 2.

a fondersi l'una con l'altra e a formare una squamocrosta unica che ricopre la parte centrale dell'affezione e che, allontanata, lascia vedere sulla sua superficie inferiore dei prolungamenti cornei a guisa di radici corrispondenti ai singoli sbocchi follicolari (come si osserva nel lupus erythematodes).

È eccezionale che il *censo* vada incontro a una vera e propria ulcerazione; per lo più presenta una superficie integra, in casi più avanzati allontanando la squamo-crosta di cui si è

detto, si osserva al disotto di questa una superficie erosiva leggermente essudante, il che dà anche ragione della trasformazione della squama in una squamo-crosta. Ho detto del colore presentato dall'affezione nei suoi diversi stadî di sviluppo, aggiungerò come sia frequente vedere alla superficie di questa vasellini dilatati e come alla diascopia la lesione assuma un colorito giallastro diffuso che non lascia riconoscere singoli noduli (a meno che non si tratti di recidive su cicatrice) e che, pur non essendo il colorito tipico del lupoma, molto gli si avvicina. La consistenza è nettamente duro-elastica all'inizio specie nei censi che risiedono alle mani o agli avambracci, diviene più molle in prosieguo di tempo pur presentando alla palpazione sempre una certa resistenza; cede facilmente allo scucchiaiamento e si spappola con facilità. La lesione è per lo più unica, raramente se ne vedono due o più sullo stesso soggetto, ravvicinate o a distanza; colpiti sono con una certa predilezione i soggetti giovani e specialmente i bambini, più raramente gli adulti e in maniera tutta eccezionale i vecchi (noto qui incidentalmente come data la diffusione della malattia i profani finiscano con l'includere nella denominazione di *censo* le affezioni più svariate, così tra le persone presentatesi per essere esaminate ho osservato una vecchia che presentava un epitelioma del dorso del naso, dei casi di vero lupus, ecc.), s'inizia generalmente nell'estate o nell'autunno.

Fig. 3.

Fig. 4.

Riassumendo, dal punto di vista clinico la lesione può effettivamente per alcuni suoi caratteri far pensare ad una localizzazione tubercolare cutanea, se non veramente luposa, piuttosto a tipo sarcoide di Boeck, l'eventuale natura tubercolare sarebbe però evidentemente in contrasto con l'eccezionale diffusione della malattia e con gli speciali caratteri epidemiologici ai quali ho più sopra accennato.

L'ipotesi che mi era sembrata più plausibile fin dalle prime descrizioni che mi erano state fatte e dell'aspetto della lesione e della caratteristica sua diffusione endemica, era che si avesse a che fare con una Leishmaniosi cutanea del tipo mediterraneo o bottone d'oriente.

L'esame clinico dei primi casi caduti sotto la mia osservazione mi aveva però lasciato alquanto dubbioso per l'assenza nelle forme osservate di alcuni caratteri che si è abituati a considerare tipici della Leishmaniosi e particolarmente dell'ulcerazione con le speciali caratteristiche che le sono generalmente proprie. L'aspetto sarcoideo, che nelle osservazioni sin qui rese note di bottone d'oriente rappresenta l'eccezione, era nei nostri pazienti quasi costante, l'ulcerazione, l'aspetto papillomatoso del fondo, i fenomeni flogistici, la partecipazione dei linfatici erano invece tutt'affatto eccezionali.

Dirò subito qui come le ricerche etiologiche istituite nei miei casi mi abbiano in maniera indubbia confermato aversi a che fare con una Leishmaniosi cutanea. Negli strisci eseguiti con materiale prelevato per raschiamento o scarificazione, nelle sezioni di tessuto escisso è possibile, talvolta in maniera abbondantissima, dimostrare con le opportune colorazioni tipiche Leishmanie a sede endocellulare, per lo più stipate in elementi istiocitari. L'aspetto istologico nei numerosi *censi* potuti esaminare è vario, granulomatoso banale in alcuni casi con prevalenza di istiociti, linfociti e fibroblasti, nettamente tubercoloide, sempre però con scarsi fatti degenerativi, in altri. Non mi è possibile dire ancora con sicurezza se questi diversi aspetti strutturali corrispondano in maniera obbligata a diversi stadî di sviluppo clinico dell'affezione, per ora mi limito a segnalare come il reperto di Leishmanie sia facile ed abbondante nelle forme a struttura gra-

nulomatcsa banale, più scarso e talvolta mancante nelle forme a struttura tubercoloide. Non mi dilungo qui sull'importanza specie dal punto di vista immunitario di questo fatto, analogo del resto a quanto si osserva nelle lesioni cutanee da bacillo di Koch

I parassiti presentano i caratteri comunemente noti della *Leishmania tropica* e cioè una forma per lo più rotonda od ovalare, del diametro di circa 2 μ; a forte ingrandimento è

Fig. 5.

possibile distinguere il sistema nucleare (costituito da un trofonucleo e da un cinetonucleo o blefaroblasto situati a lato l'uno dell'altro, talvolta riuniti per una delle loro estremità) e il sottile alone protoplasmatico. Il reperto di Leishmanie è specialmente abbondante in elementi cellulari situati negli strati più superficiali del derma o immediatamente subepidermici (fig. 5).

È noto come in questi ultimi tempi siano stati formulati, anche da osservatori italiani, dei dubbi sulla pluralità delle Leishmanie e come si vada affermando una tendenza unicista delle Leishmaniosi, sin qui tenute distinte anche dal punto di vista etiologico in forme cutanee (del tipo mediterraneo da *Leishmania tropica* e sud-americano da *Leishmania brasiliensis*) e viscerali (da *Leishmania Donovani* e *infantum*). Pur non volendo qui entrare nella questione mi limito ad accennare ad un fatto forse non privo d'importanza e che cioè è proprio nella zona da me studiata, e più precisamente a Roseto che Pontano ha descritto un eccezionale, interessante caso di Leishmaniosi viscerale in adulto. (Rileggendo il lavoro di Pontano (1) in cui si sostiene con ricchezza di argomenti il concetto unicista in base all'identità non solo morfologica, ma culturale e biologica dei diversi tipi di Leishmania, noto come egli ricordi brevemente, a sostegno della sua tesi, di aver diagnosticato, sempre a Roseto, per i caratteri clinici, pure in assenza del controllo microscopico, un caso di bottone d'oriente).

Dimostrata la natura del *censo* restava da chiarire il perchè della prevalente forma clinica che, come ho detto, per alcuni caratteri si differenzia dalla tipica Leishmaniosi cutanea quale è stata sin qui descritta, per quanto riguarda l'Italia, con una certa frequenza in Sicilia, Calabria, Sardegna, più raramente nelle altre regioni dell'Italia meridionale, eccezionalmente nel resto della Penisola.

Credo che a spiegare la scarsezza di fatti clinici, quale ad esempio l'assenza quasi costante dell'ulcerazione, sia sufficiente il fatto che le mie osservazioni riguardano quasi sempre casi di data recente, al massimo qualche mese dall'inizio della lesione. Casi più antichi sono quasi esclusivamente recidive su cicatrici di lesioni già trattate. Il *censo* è così conosciuto e così temuto dalla popolazione che non si attende in genere molto per ricorrere ad un trattamento, consistente, per lo meno sino a qualche anno fa, nella massima parte dei casi in una causticazione fatta da empirici (*maghi* o *cavacensi*) con paste di loro composizione (arsenicali?). Attualmente, e in alcuni centri già da tempo, i pazienti si rivolgono in prevalenza ai sanitari, i quali in verità con lo scucchiaiamento seguito da acconcia causticazione, o con l'escissione ampia, o con mezzi fisioterapici (radium-Röntgen-lampada di Kromayer) riescono spesso ad ottenere guarigioni definitive e che non si accompagnano a cicatrici deturpanti quali si possono osservare nei pazienti trattati coi mezzi brutali in uso per il passato.

Riservandomi d'illustrare al più presto in maniera completa la clinica, l'istopatologia, la epidemiologia del focolaio teramano di leishmaniosi, non voglio terminare questa mia nota senza esprimere la mia sentita gratitudine ai molti colleghi che con tanta cortesia mi fornirono notizie e materiale di studio. E primo tra questi il prof. Cermenati, Primario chirurgo a Teramo, che con vera cordialità mi ha accolto nel magnifico reparto da lui creato e diretto in quell'Ospedale, il dott. C. Romualdi di Notaresco a cui devo notizie preziose da lui raccolte con profondo spirito di osservazione

(1) V. questo Giornale, 1929, pag. 1783.

e infine tutti gli altri che qui mi è impossibile nominare, ma ai quali va il mio pensiero riconoscente.

RIASSUNTO.

L'A. ha potuto dimostrare che la dermatosi diffusa in maniera endemica in gran parte della provincia di Teramo e in alcune zone vicine e conosciuta localmente col nome di *censo* è una Leishmaniosi cutanea.

In questa nota a carattere preventivo sono tratteggiati i caratteri clinici, epidemiologici e istopatologici propri dell'interessante focolaio di Leishmaniosi, fin, qui misconosciuto.

(Consegnato in Redazione il 2 giugno 1933-XI).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Anatomia Patologica della R. Università di Catania

diretto dal Prof. P. REDAELLI.

La mammella sanguinante.

Dott. GIOVANNI GULLOTTA,

Chirurgo aiuto nell'Ospedale Civico Garibaldi diretto dal dott. A. BELLECCI

Le osservazioni in merito alla emorragia della mammella, non credo siano eccessivamente frequenti, all'infuori di quelle che si riferiscono ai vizii di formazione e sviluppo, ai traumi, al morbo del Paget, agli eczemi, alle ulcerazioni, alle infezioni, alle forme vicarianti, ed alle manifestazioni isteriche.

Certo però che sono state notate fin da moltissimi anni, ed ancora una esatta interpretazione non credo ci si è potuta dare; il disaccordo massimo che regna nella terapia chirurgica, è l'esatto indice che gli Autori tutt'oggi restano nelle opinioni personali, opinioni diverse, frutto di personale esperienza.

Difatti mentre il Klose, il Risak, il Gromwald ed altri sostengono che il trattamento curativo della mammella sanguinante debba essere del tutto consimile a quello che si impone per i carcinomi mammarii, il Lécène, il Pribram, l'Hark si schierano per una asportazione limitata, nei casi più dubbii, seguita o meno da ulteriori provvedimenti a seconda del reperto istologico.

Certo si è che malgrado gli Autori ritengano che la fuoriuscita del sangue dal capezzolo mammario non possa venire interpretata come segno di malattia in sè e sopratutto come fattore di indiscutibile natura maligna, io penso, come del resto i più, che dappoichè il fatto si esplica nella maggior parte dei casi in donne, le quali hanno oltrepassato la quarantina, e dappoichè ormai è indiscutibilmente dimostrato che qualunque tumore benigno può sempre da un momento all'altro subire la trasformazione maligna, e che i tumori maligni preferiscono per frequenza l'età non più giovane, l'unica terapia razionale per non esporsi ad eventuali sorprese anche nella mammella sanguinante, è quella della amputazione dell'organo.

In questo senso io ho trattato il seguente caso, capitato alla mia osservazione il gennaio del 1931.

R. V., di anni 46, nubile, casalinga, da Agira, domiciliata a Catania da più di dieci anni, esercisce con una sorella una cartoleria.

Nessuna malattia degna di essere ricordata nell'infanzia. A 14 anni mestruò con regole normali per durata e quantità; a 19 a. febbre mediterranea durata circa dieci mesi, e che scomparsa lasciò dei disturbi articolari — alle ginocchia sopratutto — i quali ancora per più di quattro mesi afflissero l'inferma. Una polmonite influenzale a sinistra la colpì nel 29° anno, e da allora fino a quarant'anni l'a. stette bene. Fu proprio a questa età che casualmente si accorse una mattina, di avere sulla camicia da notte e precisamente all'altezza del seno di sinistra, alcune piccole macchie che somigliavano a delle goccioline di sangue. Naturalmente non vi fece alcun caso, ed anzi dopo alcuni giorni non ci pensò più. Alcune settimane dopo questo insignificante episodio una sera, mentre si spogliava per mettersi a letto, constatò di bel nuovo sulla biancheria altre macchioline simili alle prime e sempre sullo stesso posto; questa volta si allarmò anche perchè non riusciva a rendersi conto del posto di provenienza di questo sangue. Senonchè casualmente, coll'avambraccio destro strisciò sulla mammella di sinistra, ed allora improvvisamente si accorse che dal capezzolo venivano fuori alcune goccioline ematiche; si impressionò non poco e non potendo da sè decifrare il fatto — in quanto per lei nessuna causa era visibile o palpabile — decise di sottoporsi l'indomani ad una visita medica.

Con questa si tranquillizzò abbastanza, giacchè il medico le spiegò che poteva essere un fatto in rapporto al flusso mestruale.

Ma da allora, quasi a conferma di ciò che aveva avuto detto dal sanitario, quelle goccioline di siero sanguinolento spuntarono più frequentemente, coincidendo nel periodo mestruale con una abbondanza più grande degli altri giorni.

Malgrado questo l'a. restava tranquilla per la normalità del seno, per l'assenza di dolore, per il perfetto stato generale.

Per ben sei anni si mantenne questo stato di cose; fu una mattina, in seguito ad un urto che la p. si accorse di avere qualche cosa di anormale nella mammella di sinistra; ed allora io fui chiamato a visitarla.

Obbiettivamente il seno di sinistra era un po' più grosso del destro, ma nulla si vedeva di patologico sia pure ad un esame comparativo più minuto; solamente alla palpazione si apprezzavano dei noduletti piccoli, sfuggevoli alle dita, non

aderenti, i quali erano situati al lato esterno del capezzolo mammario. Del resto nessun fatto clinico che potesse deporre per una neoplasia maligna. Nulla di notevole nel resto.

Stante l'età non più giovane della paziente e stante le disparità di vedute per l'interpretazione curativa della cosidetta mammella sanguinante, proposi l'asportazione della mammella che venne senz'altro accettata.

L'esame microscopico praticato sull'organo in diversi punti, ha dimostrato una lesione diffusa del parenchima ghiandolare rappresentata da una spiccata sclerosi con evidenti traccie di un processo infiammatorio cronico; attorno a dotti galattofori si osservano focolai d'infiltrazione parvicellulare, che ne sono la più chiara dimostrazione. Il fatto più saliente però ci è rappresentato dalla trasformazione adenomatosa di alcuni acini ghiandolari: pur conservando l'epitelio i caratteri normali e talvolta anche debolmente funzionanti (nel lume ghiandolare si vedono spesso ammassi di sostanza omogenea facilmente tingibile in rosa dall'eosina), pur non osservandosi notevoli atipie nelle dimensioni dei fondi ghiandolari e dei tubi, tuttavia l'acino è nettamente neoplastico per iperplasia delle ghiandole stesse e per una modica dilatazione di esse. In ultima analisi era possibile formulare una diagnosi di adenoma acinoso sviluppato in una ghiandola precedentemente affetta da processo infiammatorio cronico.

La emorragia dal capezzolo della mammella può aversi nelle più disparate condizioni e nelle più strane circostanze.

La letteratura straniera in gran parte, ormai è molto estesa, e la casistica discretamente ricca.

Appunto per queste numerose citazioni, oggi si può stabilire che in prima linea causano le emorragie dal capezzolo i neoplasmi benigni. Lécène infatti calcola una proporzione del 90 per cento, e l'Hark su 128 casi ha riscontrato 24 forme maligne ed il rimanente benigno. Soltanto l'americano Adair, riunendo 108 casi di mammella sanguinante ha elevato la percentuale di malignità al 45 % in base ai reperti istologici.

Le forme anatomo-patologiche più frequenti sono i papillomi endocanalicolari; tumori benigni a decorso molto lento ed in cui la emorragia si produce generalmente molto precocemente, costituendo per molto tempo il solo segno del processo morboso.

Nel caso di Lécène infatti, la tumefazione era apparsa ben quindici anni dopo lo scolo ematico; anche il caso di Milton-Pollard ripete perfettamente la stessa distanza di tempo tra il gocciolio ematico e la insorgenza di un piccolo tumore. Knoflach, in una sua osservazione nella quale si ebbe continuo stillicidio siero ematico da una mammella, vide spuntare un tumoretto tre anni dopo; lo stesso dicasi per i casi di v. Eiselsberg, Klages, Kuthe, Cernezzi ed altri ancora.

Nella mia paziente tra la fuoriuscita di sangue e la comparsa dei tumoretti, passarono sei anni.

Altre volte invece, prima insorge la neoplasia accrescendosi più o meno rapidamente, ed in ultimo come quadro di lesione avanzata si manifesta la emorragia. Lo stesso Knoflach cita una donna di 43 anni la quale da più di undici mesi portava una piccola tumefazione — che lentamente si accresceva — al disotto del capezzolo mammario di destra ed in cui la emorragia si era manifestata soltanto alcune settimane prima dell'intervento chirurgico; l'esame istologico del pezzo mise in luce un papilloma di un dotto galattoforo mentre macroscopicamente si osservava una sacca cistica ripiena di sangue, nella cui cavità si trovava un polipo delle dimensioni di una comune noce. Un'altra osservazione dello stesso Knoflach (il caso opposto di una donna nella quale la secrezione era apparsa sei mesi prima che si palpasse nella mammella destra un tumoretto del volume di una noce, a forma di una piccola pera, nel quadrante superiore esterno) ci dimostra che all'esame istologico non c'era nulla che potesse corrispondere ad una atipia cellulare, senza alcuna invasione di elementi che avessero potuto far pensare ad una evoluzione maligna del processo, all'infuori di piccole formazioni papillari nell'interno dei dotti galattofori che si spingevano fino negli acini ghiandolari.

Il Ceelen, il Kuthe, il Pribram che molto hanno discusso e scritto su questo argomento, in special modo quest'ultimo, ritengono che nei casi di emorragia dal capezzolo mammario non si debba pensare mai alla presenza di un carcinoma, poichè invece, il processo consiste in una degenerazione cistica della mammella, degenerazione situata in tutta vicinanza del capezzolo e comunicante con l'esterno per i dotti galattofori. Lo stesso Pribram propone che alle mammelle sanguinanti senza palpabile causa, venga istologicamente dato il nome di epitelioma cistico intracanalicolare emorragico, appunto perchè invece di iniziarsi come i soliti cistoadenomi, e di essere localizzati alla periferia della ghiandola, esso ha il punto di partenza vicino il capezzolo presentando papille riccamente vascolarizzate, ed in certe zone assumendo un aspetto molto simile all'angiomatoso: con questa denominazione l'A. vorrebbe indicare che la neoformazione ha carattere benigno; essa infatti, come si disse più sopra, può causare emorragie per molti anni, senza per questo presentare segni specifici di natura maligna.

A proposito di definizioni, mi pare opportu-

no ricordare il lavoro di Hendriock, in cui quest'autore, forte di un suo caso personale dove l'esame istologico non rivelò alcuna lesione — nè terreno neoplastico nè degenerazione cistica nè fatti ipertrofici o comunque da infiammazione — insiste nel proporre che l'aggettivo sanguinante, venga dato solamente a quei « rarissimi » casi dove l'indagine istologica resta muta nel senso di alterazioni patologiche.

Robles e Bannò, della scuola del prof. Soli, hanno pubblicato nel gennaio scorso un interessante e ben condotto lavoro sull'argomento, con una estesa letteratura, illustrando ampiamente due casi capitati alla loro osservazione.

Il primo di essi tratta di una donna di 48 anni; esisteva una mastite cronica, a tipo emorragico, su cui era insorto un processo endoteliomatoso; il secondo caso invece era rappresentato da un carcinoma sviluppatosi sul terreno di una mastite cronica cistica. Nella prima osservazione, dove l'emorragia era insorta prima del tumore (nodulo in corrispondenza della mammella sinistra posto due dita trasverse al disotto del capezzolo), la massa aveva le dimensioni di un uovo di gallina irregolarmente delimitata, in parte circondata di tessuto adiposo. La diagnosi istologica fu di « mastite cronica a tipo emorragico, con fatti di ritenzione di secreto, e presenza di focolai pseudoxantomatosi. Endotelioma con i dati istologici di un incipiente ma evidente sviluppo infiltrativo e caratteristico sviluppo di capillari sanguigni a carattere pseudo-cavernomatoso ».

Nel secondo caso dove gli AA. non riportano la storia clinica, perchè non fu loro possibile conoscerla, l'indagine microscopica di alcuni frammenti, dimostrò che si trattava di un processo inizialmente infiammatorio che solo in un ultimo periodo era degenerato in neoplastico maligno. La diagnosi anatomica fu di mastite cronica cistica con successivo sviluppo di un processo blastomatoso maligno. (Cancro sviluppato su una mastite cronica-cistica).

Il Klager, in un recentissimo studio su sette osservazioni personali, mette in evidenza il fatto che l'emorragia nei suoi casi si è presentata in donne già mature; due di queste ammalate erano affette istologicamente di adenoma papillare, altre due di carcinoma conclamato con metastasi alle ascelle, due, in cui la fuoriuscita di sangue era sostenuta da una mastopatia fibro-cistica, ed un'ultima in cui si notava una trasformazione degli elementi cellulari nel senso che dapprima il processo si era iniziato sotto forma di un comune adenofibroma ed in seguito molto verosimilmente era accaduta la trasformazione carcinomatosa.

Non sto a dilungarmi sui reperti degli altri Autori che hanno illustrato questo caratteristico capitolo della patologia mammaria poichè, ripeto, la letteratura è quasi completa nel recente lavoro di Robles-Bannò; mi sono limitato quindi alla citazione di questi casi non citati e di quelli recentemente illustrati.

Dirò a conclusione che tutti gli AA. sono concordi nel ritenere che la mammella sanguinante abbia come fondamento anatomo-patologico varie e diverse lesioni, infiammazioni iperplastiche, neoplastiche, benigne e maligne; il sintoma caratteristico pertanto della sanguinificazione del capezzolo deve mettere semplicemente sull'avviso il clinico che l'organo è in preda ad una alterata funzione il cui riconoscimento preciso richiede altri procedimenti diagnostici.

Nel mio caso come ho detto poco sopra si trattava di un adenoma degli acini ghiandolari, sviluppato sul terreno di una vecchia infiammazione cronica. Per convalidare la conclusione ora detta, voglio ricordare accanto al caso da me illustrato anche clinicamente, un altro caso di cui io non conosco nè la provenienza nè la storia clinica, ma di cui esistono i preparati nella raccolta dell'Istituto di Anat. Pat. dell'Un. di Catania. In questo caso la base anatomica della mammella sanguinante è data da un vero e proprio adenoma degli acini ghiandolari rappresentato da una imponentissima iperplasia degli acini stessi e dei tubi ghiandolari, mentre lo stroma di sostegno è ridottissimo.

*
* *

Ai fini della terapia anch'io come il Cernezzi — per non citare soltanto che l'ultimo Autore — sono di avviso che per quanto la lesione possa essere benigna, per il fatto che essa può trasformarsi in maligna, si debba sempre intervenire ampiamente sopratutto quando compaiono segni più evidenti (rapido aumento di volume, aumento della consistenza, una più intima aderenza ai tessuti sopra e sottostanti, insorgenza di alterazioni linfoghiandolari ascellari) che fanno senz'altro orientare il medico per una lesione più definita ed a caratteri sospetti.

L'esame istologico praticato per biopsia o successivamente all'intervento chirurgico, porterà ad ogni modo caso per caso il più valido aiuto sia per l'intervento stesso, come per un trattamento successivo nei casi speciali.

RIASSUNTO.

In seguito all'osservazione di un caso di mammella sanguinante per adenoma acinoso, l'A. dopo le considerazioni anatomo-patologiche del caso e l'analisi della letteratura sull'argomento tanto contrastato, consiglia il sistematico accertamento istologico per l'interpretazione esatta della patogenesi delle emorragie del capezzolo.

LETTERATURA.

ADAIR. *Sanguineous discharge from the nipple and its significance in relation to cancer of the breast.* Ann. of Surgery, 91, 197, 1930.

BORCHARDT. *Die blutende Mamma.* Therap. der Gegenw, 70, 542, 1929.

CEELEN. *Zum Pathologie des Brustkrebses.* Der Chirurg, 22, 102, 1929.

CERNEZZI. *La mammella sanguinante.* Gazzetta d. Ospedali e Cliniche, 16, 481, 1932.

HARCK. *Bleeding breast.* Archiv of Surgery, 4, 793, 1927.

HENDRIOCK. *Die echte blutende Mamma.* Der Chir., 3, 9, 1931.

KLAGER. *Die blutende Mamma usw.* Archiv f. Klin. Chirurg., 16, 743, 1932.

KOPP. *Les secrétions sanglantes de la mamelle.* Acta Chirurg. Scand., vol. LXII, fasc. I-II.

KUTHE. *Blutende und nassende Mamille.* Zentr. f. Chir., 7, 341, 1930.

LECÈNE. *Mamelle sanglante.* Journal de Chirur., 4, 481, 1928.

MARTIN. *Blutende Mamma beim Manne.* Zentr. f. Chirur., 3, 205, 1930.

ORBACH. *Blutende Mamma.* Ibid., 33, 429, 1930.

PRIBRAM. *Blutende Mamma.* Medizin. Klin., 18, 12, 1931.

ROBLES e BANNÒ. *La mammella sanguinante.* Minerva Medica, 1, 6, 1932.

Altra letteratura sull'argomento si troverà sul lavoro apparso quest'anno su « Minerva Medica », compilato dai dottori ROBLES e BANNÒ.

Catania, ottobre 1932.

OSPEDALE REGINA ELENA DI TRIESTE
(III DIVISIONE MEDICA).

Recidiva da cancro mammario dopo 28 anni?

Prof. GUIDO MANN, primario.

Emma A., d'anni 62, è stata operata nel gennaio 1904 a Padova di cancro della mammella destra dal prof. Bassini, il quale — dopo averla controllata periodicamente a titolo di precauzione — la licenziò in capo a cinque anni definitivamente col cenno che ormai ogni pericolo di recidiva era da considerarsi escluso.

L'inferma ebbe nei due anni successivi copiose metrorragie causate da un voluminoso fibroma uterino, per il quale venne alla fine assoggettata con successo alla roentgenterapia.

Di temperamento classicamente isterico, essa andava soggetta ad ogni sorta di turbe funzionali: periodi di cospicua aerofagia si alternavano con improvvise afonie; i fenomeni della menopausa artificiale venivano aggravati da una estrema labilità vasomotoria; a volte un vomito incoercibile della durata di parecchi giorni provocava notevoli perdite di peso corporeo, per cedere il campo poi ad una voracità morbosa. Più di tutto però la malata si lamentava di *nevralgie* a sedi svariatissime, e si lamentava non solo e non tanto per l'intensità delle sofferenze che gliene derivavano, quanto per il costante richiamo al tragico destino di una sua sorella, operata di cancro dell'utero, la quale era stata trattata a lungo per analoghi fenomeni attribuiti a « nevralgie », fino a che, poco prima della morte, venne riconosciuto che i dolori erano dovuti a multiple metastasi ossee.

Nell'estate 1931, in occasione di un soggiorno climatico, venne constatata una modica ipertensione (170-110 mm.); il medico prescrisse un regime strettamente vegetariano, che la paziente mantenne per oltre tre mesi con estrema puntualità ed al quale essa fece risalire la causa di una perdita di peso di 4 Kg.

Nel gennaio 1932, al mattino, dopo un bagno piuttosto caldo, la ammalata accusa d'improvviso uno dei « soliti » dolori nevralgici, che non diversifica per nulla dai precedenti, ma che — per la sua localizzazione nell'emitorace destro — richiama in maniera speciale la sua sempre vigile e sospettosa attenzione: e difatti essa avverte la presenza di una tumefazione, della quale non si era mai accorta, sebbene la regione venisse sottoposta a quotidiane ispezioni. Detta tumefazione non sarebbe sensibile al tatto, ma la sua constatazione è sufficiente per gettare l'allarme e per invocare — come infinite altre volte — l'intervento del medico.

L'inferma è in ottime condizioni generali, ben colorita, anzi accesa in volto, afebbrile; peso del corpo 67 Kg. Nell'emitorace destro la consueta ampia cicatrice da tipica estirpazione della mammella; sulla linea ascellare anteriore, all'altezza della 5ª costa, un centimetro sotto la cicatrice, si rileva già all'ispezione un nodo della grandezza di una noce. Alla palpazione si constata che il nodo è molto duro, a superfice bernoccoluta, poco spostabile, poco dolente. In nessun punto si riesce a scoprire la presenza di ghiandole infiltrate. Dall'esame degli organi e dalle indagini collaterali non risultano particolarità degne di rilievo.

Insospettito dalla forma e consistenza del nodo — e pur ricordando che dalla prima operazione erano trascorsi esattamente 28 anni — faccio procedere immediatamente all'estirpazione del tumore. Il reperto dell'esame istiologico (eseguito dal dott. Ferrari, direttore dell'Istituto anatomico dell'Ospedale Regina Elena) suona: « carcinoma scirroso che ricorda lo scirro della mammella ».

La meticolosa scrupolosità, con la quale l'inferma, dominata dall'ossessione della recidiva, si controllava e si faceva controllare ininterrottamente dall'epoca della resezione mammaria in poi, permette di escludere che il nuovo tumore fosse preesistito da lungo tempo; ed alla stessa considerazione era giustificato di arrivare anche per l'ottimo stato generale, per le modiche dimensioni del tumore stesso, per la mancanza di qualsiasi altra manifestazione. D'altro canto però l'inoppugnabi-

lità del reperto istiologico imponeva di non accontentarsi del felice esito dell'intervento chirurgico.

Io ho sottoposto perciò l'inferma, subito dopo l'operazione e per oltre sei mesi, ad una serie accurata e continuata di indagini, per scrutare se il nodo estirpato dovesse venir interpretato quale la metastasi di un nuovo cancro rimasto ancora in istato di latenza: e così ho rivolto la mia attenzione alla mammella superstite, alla eventuale presenza di mammelle succenturiate, di verruche, alle condizioni di ogni singolo organo e dell'organismo intero; ma nulla mi fu dato di poter rilevare, anzi il lungo periodo di osservazione venne caratterizzato da un discreto aumento di peso (3 ½ Kg.) e da uno stato soggettivo di benessere, quale la paziente asseriva di non aver goduto da anni.

Mi sono anche preoccupato di andare alla ricerca del preparato istiologico del primo tumore, nella speranza di poterlo confrontare con l'attuale, lo che sarebbe stato di capitale importanza nella chiarificazione del caso: malauguratamente però il Bassini non aveva eseguito l'intervento nella Clinica chirurgica, ma in una casa di cura privata e le indagini esperite sono rimaste senza risultato.

Ad accrescere la rarità e curiosità del caso si è aggiunto il fatto che — dopo un ulteriore anno — nel gennaio 1933 la paziente presentò anche nella mammella sinistra un nodo cancerigno, che fu a sua volta estirpato con l'intervento radicale.

Del preparato il collega Ferrari dettò il seguente reperto: « nel centro della mammella, che del re« sto si presentava normale, fu trovato un foco« laio omogeneo, grigiastro, di consistenza molto « aumentata, del volume di un grande fagiuolo, « non bene delimitato; le ghiandole ascellari non « ingrossate; all'esame istiologico del focolaio si « constatò la presenza di una diffusa infiltrazione « adenocarcinomatosa con gli acini e gli zaffi di« visi tra loro da abbondante tessuto fibroso spes« so: *scirro della mammella*. Le ghiandole ascel« lari anche istologicamente indenni ».

La constatazione del cancro nella mammella superstite non ha certamente giovato a chiarire la situazione: comunque io non saprei trovare fra questo ed i tumori estirpati nella metà destra del torace altro nesso se non un'ulteriore conferma della « diatesi blastomatosa », fatto tanto più plausibile nella nostra inferma, la quale — come abbiamo visto — aveva avuto anche un fibroma uterino.

Viceversa sarei propenso ad ammettere una correlazione fra i due tumori dell'emitorace destro (anche se manchi la conferma istiologica della loro identità), sopratutto tenendo conto dell'impossibilità di interpretare il secondo tumore di destra quale una metastasi « anticipata » del cancro scoperto un anno dopo nella mammella sinistra, quando — come risulta dal reperto anatomico — nemmeno le ghiandole linfatiche viciniori erano ancora invase.

Per queste ragioni ed infine anche per il rapporto *topografico* tra i due tumori dell'emitorace destro, penso che in questo caso possa essersi trattato di una recidiva sviluppatasi su eventuali resti di ghiandola mammaria rimasti *in situ* nella cicatrice primitiva, dopo un periodo di latenza certamente insolito e forse sinora addirittura mai osservato.

RIASSUNTO.

A proposito di un caso, nel quale si era avuto un fibroma uterino, un cancro della mammella destra, un cancro scirroso sotto la cicatrice dopo 28 anni, uno scirro della mammella superstite dopo un ulteriore anno, l'A. ammette trattarsi di una « diatesi blastomatosa » e discute la possibilità della recidiva *in situ* dopo un periodo di eccezionale latenza.

STORIA DELLA MEDICINA

I prodromi della pratica della trasfusione di sangue e della "chirurgia infusoria„.

Dott. E. RAZZOLI
degli Ospedali Galliera - Genova.

Quali debbano essere le rivendicazioni italiane della scienza — e sono tante a gloria nostra — è stato già indicato con precisa determinazione, ed anche molto autorevolmente.

Ora, leggo nel *Policlinico* del 24 febbraio 1930, n. 8, a proposito della trasfusione del sangue, alcune pagine che vorrebbero essere una rivendicazione nostra; ma parmi che non vi sia mantenuto il rigore e la precisa determinatezza, e non solo questo. Infatti vi si accenna al Colle, al Folli come ai primi che praticarono la trasfusione del sangue, mentre invece quello (come si rileva dal Cap. VII dell'opera sua (1) a pag. 170), e questi, negli scritti suoi che io ho diligentemente ricercati (2), altro non hanno fatto se non idearla. Il Colle, poi, vi accenna così di sfuggita, come a idea vaga e di applicazione quasi mitica, e nella quale egli, per giunta, non ha fede alcuna. « Si « quis sanguis a vena iuvenis exiliens ad mo« dum salubris per fistulam calens in venam « senis permeet, insuflante iuvene, et sene at« trahente et inspirante ut sanguis iuvenis intus « attrahatur a sene, et ne huius sanguis egredia« tur... nam hic sanguis potest reparare humi« dum et temperamentum...; ergo si sanguinem « iuvenis senex obtinet, viveret ut iuvenis?... « Haec, respondendum, minime veritatem at« tingere ».

L'altro, il Folli, la descrive con maggiore determinatezza e precisione, ma, però, sempre come cosa ideata, non già attuata, mai. (« Stadera Medica, ecc. », pag. 98). Invero, già nel 1654, egli aveva manifestato al Granduca di

Toscana il problema della trasfusione del sangue (« Recreatio Physica, ecc. ») nella speranza che tale invenzione, scrive egli, potesse sortire buon esito. Undici anni appresso aveva pubblicato l'opera sopra indicata, dissertando sull'argomento. E di nuovo, nel 1670, nel « Dialogo intorno alla cultura della vite » riprendeva a dire della sua invenzione, creduta possibile benchè egli « non ne abbia mai fatta l'esperienza » (pag. 44 e segg.). Da ultimo, dieci anni dopo, nella « Stadera Medica », quando d'Inghilterra era giunta l'eco dei primi tentativi di trasfusione, preoccupato di perder l'onore che sperava d'aver acquistato, tornava a ripetere che spettava proprio a lui l'idea della trasfusione: ribatteva gli argomenti di quei medici che avevano scritto contro la trasfusione, e si indugiava a descrivere gli strumenti da lui ritenuti più adatti per l'operazione, e di questi dava pure il disegno in apposita tavola, affermando, però, che l'operazione egli non l'aveva esperimentata.

Che se poi vogliamo tener conto, come si deve in siffatto ordine di indagini, delle date, prima del Folli e dello stesso Colle il Libavio di Halle, già nel 1615, ci aveva descritto con esattezza la trasfusione del sangue. « Magister artis », ci dice egli, « habeat tubulos inter se « congruentes; aperiat arteriam robusti et tu« bulum inserat muniatque; mox et aegroti ar« teriam findat et tubulum infigat. Iam duos « tubulos sibi mutuo applicet, et ex sano san« guis arterialis saliet in aegrotum, ecc... ». Anche qui, pure con questa evidenza di descrizione, siamo sempre ad una idea, non ad una attuazione che il Libavio, del resto, avrebbe ritenuto roba da pazzi; perchè al medico che avesse pensato ad attuarla, secondo lui, bisognava somministrare l'elleboro: « medico vero helleborum dandum » (3).

Ma poichè la ricerca della priorità verte sull'applicazione della trasfusione in funzione di arte medica, e non già sull'idea di essa, se vogliamo attenerci alle date, rigorosamente, chi ricerca, con il « Journal de Sçavans », le due grandi raccolte di scritti medico-fisici, iniziatesi proprio nella seconda metà del XVII secolo, le « Philos. Transactions » e le « Ephemerides Med.-Phis. naturae Curiosorum » trova che la trasfusione fu tentata prima in Inghilterra, e poi subito dopo in Francia, pur non senza contese fra Inglesi e Francesi sul merito di essere arrivati prima.

Già nel numero 19 delle « Philos. Trans. », che è dal novembre 1666, si dà annuncio del successo ottenuto dal dott. Lower, in Oxford, con un esperimento di trasfusione di sangue da un animale all'altro; e nel numero seguente (dicembre dello stesso anno) viene descritto il metodo seguito dal Lower; e si aggiungono considerazioni sopra un siffatto esperimento. Nell'anno seguente riferiscono gli estensori delle « Philos. Trans. » gli esperimenti di trasfusione del sangue da un animale all'altro, fatti dal dott. Edmondo King, e comunicati alla Royal Society; e poi anche altri di Thomas Coxe (n. 25, maggio 1667). E nello stesso fascicolo a pagina 459 si accenna al contenuto di una lettera del Denys che riferiva intorno ad esperimenti di trasfusione fatti, nell'aprile di quell'anno, a Parigi, su animali; così come nel numero seguente (27 dicembre 1667) si precisano le date delle prime trasfusioni operate, quelle cioè del Lower, del King e degli altri in Inghilterra, anche per invito della Royal Society, a metter bene in chiaro la priorità dei medici inglesi rispetto al Denys.

E sull'argomento si ritorna anche nel numero 28 della stessa rivista (ottobre 1667). Ma già fin dal giugno di questo stesso anno il Denis aveva per la prima volta trasfuso sangue dall'agnello nell'uomo, con esito felice. Al Denis tennero dietro in Inghlterra il Lower ed il King, già ricordati quali primi esperimentatori della trasfusione del sangue sugli animali.

In Italia già nel dicembre del 1667, e propriamente il 10, l'11 e poi in altro giorno non precisato, ma poco lontano, il Riva nostro eseguiva la trasfusione con metodo rigoroso ed anche con esito felice, in Roma, non « bestiali more sed faciliori et humana methodo » su tre pazienti affetti da malattia diversa (5). Poco appresso, nel gennaio dell'anno successivo, pure in Roma, il Manfredi che già, nel dicembre di quell'anno, era ricorso, primo, con sicuro esito all'incisione della carotide nella trasfusione di sangue negli animali, nel gennaio dell'anno seguente e, propriamente, nel giorno 2 di quel mese, felicemente eseguiva la trasfusione nell'uomo, assistito dall'olandese Camaj, dal famoso Simoncelli e da Angelo da Udine.

L'opuscolo che il Manfredi si affretta a far pubblicare dal Tinassi, nello stesso gennaio del 1668, col titolo qui sotto indicato (6) (e di cui ho sott'occhio una copia già posseduta dall'Haller), nel suo latino non elegante ma efficace e vivamente espressivo, dice la meraviglia del medico insigne, provata nel leggere le lettere che allora erano venute di Francia a magnificare le esperienze del Denis e di altri, nelle quali mancava ogni descrizione del metodo seguito nelle trasfusioni, quasi di questo si

volesse, oltre Alpi, fare un mistero. Onesto, invece, e schietto il Manfredi non lascia di darci ampia e rigorosa descrizione dell'esperimento suo felice, e dei mezzi di cui s'è valso; anzi, alla relazione egli fà seguire due belle tavole illustrative. E con la sua serena franchezza esalta i vantaggi della trasfusione, ed anticipa la difesa di questa contro i futuri contradittori; e la dice cosa non nuova, perchè già « ab ipsa natura similitudine praelusa et ab « Ippocrate meditata, demonstrata immo a Mar- « silio Ficino ». La novità del Manfredi è nella tecnica, che, a chi ben confronti quel che egli riferisce in proposito con quello che al riguardo avevano gli altri indicato, è più felice e porta anche a risultati più sicuri. C'è ancora in lui, come già anche nel Riva, assenza di ogni preoccupazione di rivelare quel che era saggio criterio di scienziato, e, sarei per dire, di artista, nel preparare e nell'eseguire l'operazione la quale proprio per tutto questo si potrebbe, quasi, dire nuova.

Concludendo diciamo che se ai medici italiani non spetta, in assoluto, come altri pretesero affermare, la priorità nei riguardi della trasfusione del sangue, è, però, merito loro incontrastato una superiorità della tecnica rivelatasi subito, ed una severità degna della scienza, spiegata di contro all'empirismo un po' ciarlatanesco che si mescolò nell'applicazione della pratica fattasi fuori d'Italia, se anche con una precedenza di qualche mese. Al quale merito si aggiunge anche, per i medici nostri, quello di avere col Fracassati (non già con Giovanni Da Colle il quale nel suo « Methodus, ecc. » già citato accenna, come s'è visto, unicamente alla trasfusione, ma non già affatto all'infusione, come invece fu affermato da altri), applicata la chirurgia infusoria con intendimento di rilevare gli effetti prodotti dall'introduzione di liquidi e di sali diversi nel sangue, e trarne luce sulla genesi e sulla terapia di varie forme morbose. È del 1665, infatti, la pubblicazione della « Dissert. Espist. de Cerebro » (7) al Malpighi, nella quale il Fracassati riferisce all'amico illustre intorno ai suoi esperimenti di medicina infusoria, ed afferma che egli li aveva già ripetuti nel teatro anatomico di Pisa, e li aveva anche prima fatti conoscere al Granduca Leopoldo, quando ebbe notizia del « Prodromus de Chirurgia Infusoria », un opuscolo di Daniel Mayor (pubblicato per le stampe nel 1664), nel quale, questi, pur avendo avuto, forse, anteriormente notizia degli esperimenti del nostro, si proclamava, senz'altro, « inventor chirurgiae infusoriae ». Ed è dell'ottobre del 1667, la lettera del Boyle, datata da Oxford, nella quale pretende di avere precorso il Fracassati! (8). Come è pure del 1667 la comunicazione del dott. Fabricius di Danzica, intorno ad esperimenti di infusione di medicamenti nelle vene di tre pazienti, da lui praticata nell'ospedale di quella città (9). E dire che, secondo il Tauvry, gli esperimenti del Fabricius risalgono già al 1600!

Oltre a questo si può aggiungere che se la pratica della trasfusione, che per ragioni varie e ben note era stata abbandonata del tutto, venne rimessa in onore dopo lungo silenzio, è vanto del nostro Riva che, assistito dal grande Scarpa, nell'università di Modena, con esperimenti numerosi (ed io ne ho rilevati ben circa 170) (10) variati e condotti con grande abilità, richiamava gli scienziati a riprendere di nuovo, con maggiore cautela, l'abbandonata pratica della trasfusione, che in passato (son sue parole), era stata tentata, per difetto di tecnica, con infelice successo, ma doveva venire ripresa poi a vantaggio di innumerevoli vite (vol. 1°, pag. 309). Sulla via segnata dal Rosa si posero poi il Blundell, e, se anche con la pretesa di combattere alcuni pregiudizi, il Dieffembach, e poco dopo anche il Bischoff.

RIASSUNTO.

La ricerca diretta dei testi ha condotto l'A. a provare che a torto si è preteso da alcuni, e ripetuto poi da molti, che la priorità nella pratica della trasfusione di sangue sia da attribuirsi a medici italiani; che, invece, agli Italiani spetta il merito di avere con rigore e dignità scientifica e con strumenti più adatti e con esito più sicuro applicata la trasfusione fin dall'inizio, quasi contemporaneamente agli Inglesi e ai Francesi; che una assoluta priorità spetta agli Italiani invece nella pratica infusoria: come compete loro il merito di avere avviata la ripresa della pratica della trasfusione quando questa pareva del tutto abbandonata.

BIBLIOGRAFIA.

1) *Methodus Facile Parandi iucunda, tuta et nova medicamenta.* Venetiis, 1628.
2) *Recreatio Physica.* Florentiae, 1665. — *Dialogo intorno alla cultura della vita.* Firenze, 1670. — *Stadera Medica.* Firenze, 1680.
3) *Appendix necessaria Syntagmatis Arcan. chymic.* Francoforte, 1615, pagg. 7-8.
4) Journal de Scavans ecc., pag. 183 e segg.
5) *Ephem. Med.-Physic. Naturae Curiosorum.* Francoforte e Lipsia, 1670, pagg. 286-89.
6) *De nova et Inandita Medico Chirurgica Operatione ecc.* Romae, N. A. Tinassi, 1668.
7) Fa parte della *Tetras anatomic. Epistol. M. Malpighi ac C. Fracassati.* Bonomiae, 1665.
8) Philos Trans., n. 29, nov. del 1667, pagg. 551-552.
9) *Philos. Trans.*, n. 30, dic. 1667; pagg. 564-565.
10) *Lettere Fisiologiche,* Napoli, 1788.

RILIEVI

A proposito di terapia salicilica nel reumatismo articolare acuto.

In « Argomenti di Farmacologia » (n. 1, 1° semestre 1933) il dott. Pico ha pubblicato un articolo « Il vecchio salicilato ringiovanito dal bicarbonato », ove si dice come Danielopolu abbia riferito (*Presse Médicale*, 1931) *sue nuove e più precise norme per la cura del reumatismo articolare acuto, con dosi altissime mai pensate di salicilato di sodio, rese però non tossiche ma benissimo tollerate con la somministrazione contemporanea di bicarbonato di sodio.*

Desidero solamente far osservare: che l'abbinamento del salicilato col bicarbonato è già da molti anni adottato in Italia e specie per merito della Scuola Romana; che in quanto alle *dosi altissime mai pensate* di Danielopolu (25 gr.) il prof. Arcangeli, fin dal 1925, ha scritto di dosi di 24 gr. *pro die* (Introduzione nel Prontuario Terapeutico del Venezian, ed. Pozzi), e che relativamente alle dosi massime di Danielopolu (15 gr.) già da tempo negli Ospedali di Roma e Provincia le dosi usuali di salicilato *pro die* somministrate nel r. a. a. si aggirano tra i 14 e i 16 gr. (sempre con bicarbonato in quantità per lo meno uguale).

Dott. CARLO RENDA.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

Sulle cause che diminuiscono la capacità respiratoria vitale, e sui metodi per combatterle.

(L. MOINSON. *Journal de médecine de Paris*, 1932, n. 50).

Lo spirometro mostra che la capacità respiratoria diminuisce rapidamente a mano a mano che si avanza in età. Un uomo che a 25 anni ha una capacità di litri 4,5 constata a 41 anni una capacità di litri 3,5.

Il perchè è spiegato dal fatto che mentre l'esercizio respiratorio nell'infanzia fa sempre più dilatare la cintura costale, verso i 40 anni, talora più tardi, l'ossificazione delle cartilagini costali non permette più una elasticità polmonare sufficiente. Questa è la prima causa, ma ve ne è un'altra alla quale è stata prestata scarsa attenzione: precisamente le ptosi viscerali a male appena intraviste prima dell'èra radiologica.

Nella respirazione a tipo costale superiore, la contrazione dei muscoli inspiratori superiori tende ad elevare tutto il torace: le ragioni che si oppongono all'elevazione della parte inferiore del torace o sono la fissazione dei muscoli (ci ricorda l'azione nefasta del busto usato per tanti anni dalle donne), ovvero la ptosi degli organi addominali di cui bisogna cercare l'origine di un'atonia dei muscoli della parete addominale. Gli organi ptosici mantengono in un certo modo il diaframma immobilizzato in posizione inspiratoria. Si comprende perciò che la cura delle ptosi addominali, all'infuori dei diretti vantaggi per i disturbi addominali dei quali si lamentano ordiariamente i malati, ed oltre al miglioramento dello stato generale, può avere grande influenza sulla ventilazione polmonare facilitandola. L'immobilità in una certa misura, interessa non solo gli ptosici magri ma anche gli obesi, nei quali non è raro di trovare dei diaframmi orizzontali e fissi nell'inspirazione profonda, malati nei quali il peso dei visceri mantiene il diaframma abbassato, l'espirazione normale divenendo così qualche volta impossibile ed aumentando la quantità di aria residuale.

Il libero giuoco del diaframma, già così importante in individui le cui costole sono mobili, diviene condizione necessaria per gli individui che per fratture, per calli ossei hanno una immobilizzazione parziale o totale della gabbia toracica. In tali individui è chiaro che bisogna cercare di ottenere dal diaframma il miglior rendimento, sollevandolo dalle conseguenze nefaste dell'atonia parietale addominale.

Nei casi nei quali vi è un semplice rilasciamento della parete addominale, abbassamento dei visceri, cioè non solo negli obesi ma anche nella maggior parte degli uomini che hanno sorpassata la quarantina, si può alleviare grandemente il lavoro del diaframma con l'applicazione di una cintura addominale che deve essere non solo pressoria ma sollevante e sostenente la parte sotto-ombelicale dell'addome. È spesso una sorpresa per il medico vedere il giovamento che da una razionale cintura può trarre un bronchitico cronico, un enfisematoso, un asmatico, in genere un malato con respirazione cronicamente diminuita.

MONTELEONE.

Ipoventilazione polmonare postoperatoria.

(M. PRINZMETAL, S. BRILL, C. LEAKE. *Surg. Ginec. and Obstetrics*, febbraio 1933).

È oggi ormai ben riconosciuta l'importanza dell'atelettasia quale complicazione post-operatoria.

Gli AA. vogliono in questo lavoro mettere in evidenza alcune delle cause della ipoventilazione polmonare post-operatoria e le relazioni che questa ha con la formazione dell'atelettasia.

È generalmente ammesso che sono le operazioni addominali alte che più predispongono all'atelettasia: si credette che ciò fosse dovuto al dolore che i pazienti operati di addome alto provano durante la respirazione profonda, dolore che li spinge a respirare soltanto superfi-

cialmente. Ma Sise ha dimostrato come la respirazione profonda ottenuta mediante inalazioni di ossido di carbonio non produceva molto dolore in questi pazienti.

La concezione che sia in causa una limitazione dei movimenti del diaframma, dopo le operazioni addominali alte è stata recentemente controllata da Müller ed altri in 25 casi di operati di stomaco e cistifella, i quali hanno riscontrato in tutti i casi diminuita espansione delle basi, e in una grande percentuale dei casi rantoli e soffio bronchiale: purtuttavia solo 3 di questi malati accusavano tosse e dispnea. Essi chiamarono questa sindrome: ipoventilazione polmonare.

Gli AA. hanno voluto studiare sugli animali gli effetti che sulla pressione pleurica provocavano le varie manovre chirurgiche, quali la narcosi, l'incisione addominale, le trazioni sui visceri, la pressione sull'addome. La pressione endopleurica era determinata mediante un trequarti collegato con un manometro.

Hanno così potuto stabilire come tutte le varie manovre studiate, compresa anche la narcosi eterea, provocassero un netto aumento della pressione intrapleurica: questa genererebbe di conseguenza un aumento della pressione venosa accompagnato da abbassamento della pressione arteriosa.

L'aumento della pressione intrapleurica sarebbe dunque la ragione della diminuzione della capacità vitale e delle manifestazioni a carico delle basi polmonari che si manifestano dopo interventi operativi. L'ossido di carbonio tende a far abbassare la pressione endopleurica e quindi a controbilanciare i dannosi effetti sulla respirazione dall'intervento chirurgico.

G. LA CAVA.

La tosse nell'infanzia.

(A. MONCRIEFF. *The Brit. Med. Journ.*, 25 febbraio 1933).

« Il bambino ha la tosse », è la frase con la quale il più frequentemente le madri presentano il loro piccolo al medico curante. La frequenza e l'importanza di questo sintomo giustifica un'analisi di esso più accurata di quanto non sia fatta nei comuni trattati.

Per tosse si intende una espirazione a carattere esplosivo avente per scopo di rimuovere dalla mucosa del tratto respiratorio un corpo estraneo. Il tossire può essere volontario o involontario e di origine puramente riflessa. Generalmente è un po' dell'uno e dell'altro, e cioè un atto riflesso corroborato dalla volontà.

L'importante è lo stabilire l'eventuale sede dello stimolo primitivo. L'arco riflesso segue il nervo glosso faringeo per le parti alte ed il vago per le parti basse del tratto respiratorio. Dagli ampi studi fatti sull'argomento sembra risultare che alcune zone del faringe e del laringe siano più sensibili delle altre e provochino con più facilità il riflesso: così anche molto sensibile è la regione della biforcazione della trachea: scendendo man mano verso i bronchi la sensibilità va sempre più diminuendo sino a sparire: l'alveolo polmonare è assolutamente insensibile: ciò spiega il perchè nella polmonite lobare la tosse possa mancare e la malattia possa sfuggire a chi non esamini il torace.

Una lesione pleurica provoca la caratteristica tosse stizzosa, dato che la pleura è un'altra area in cui può iniziarsi il riflesso della tosse. Questa può anche essere provocata con l'irritazione della mucosa nasale, come anche mediante stimoli portati sull'esofago e sullo stomaco: riflesso questo dovuto probabilmente all'innervazione vagale comune.

Da quanto sopra si è detto ne segue che nella genesi del riflesso della tosse molta maggiore importanza ha il tratto respiratorio alto dalla biforcazione della trachea in su, che non il resto dell'apparato respiratorio; ed infatti nella maggior parte dei bambini con tosse l'esame del torace non rivela nulla di anormale.

Cause della tosse.

1) *Infiammazioni del naso e nasofaringe.* Danno frequentemente tosse, ma questa dipende forse da alterazioni contemporaneamente esistenti in altre porzioni dell'apparato respiratorio. Le adenoidi sono spesso associate frequentemente ad ipertrofia tonsillare e faringite e la tosse in tali casi deve essere attribuita più a queste che a quelle. Tosse si può anche avere nelle malattie dell'orecchio, ma anche in questa coesiste spesso faringite, che è la probabile causa del sintoma.

2) Tosse di origine faringea. È molto frequente e può essere il sintoma dominante di una infiammazione acuta delle tonsille, anche di origine difteritica.

È questa la tosse diagnosticata come « bronchite » dalle madri. Un semplice esame del torace varrà a dirimere ogni dubbio. In tali condizioni la pozione di poligola e ipecacuana non servirebbe a nulla.

3) Laringe. Nelle alterazioni di questa si ha a caratteristica tosse « crupale » che rende facile la diagnosi. La maggior parte delle affezioni laringee sono una combinazione di infiammazione e di spasmo, varianti dalla laringite pura e semplice attraverso la « *laringitis stridulosa* » in cui lo spasmo rappresenta solo una parte del quadro clinico fino al *laringismo stridulo*, nel quale è la tetania latente che produce una condizione di puro spasmo. Tre sono le condizioni del laringe e dei tessuti vicini che potrebbero far sorgere qualche difficoltà diagnostica: la tosse cruposa in un morbillo in cui non si sia ancora manifestato il *rash*, tosse dovuta forse alla formazione di macchie di Koplik sulla mucosa laringea, oppure un ascesso retrofaringeo con edema del laringe e conseguente tosse cruposa, oppure infine una difterite laringea, che deve essere sospettata fino a

quando non sia esclusa sia sul terreno clinico che batteriologico.

Trachea. Le tossi dovute ad affezioni della trachea formano un gruppo importante. La tosse aspra, dolorosa, senza catarro della tracheite è una sequela ben nota del così detto « raffreddore di testa ». Nell'adulto la diagnosi è resa facile dalla sgradevole sensazione di dolore retrosternale. Ma nel bambino piccolo questo dato manca: può essere di indizio qualche rantolo occasionale in corrispondenza della parte alta dello sterno.

Tosse è provocata anche da una pressione sulla trachea; ciò si ha principalmente in tre condizioni morbose: un timo aumentato di volume, un ingrandimento delle ghiandole mediastiniche e una malattia cardiaca in stato avanzato, con o senza pericardite.

Per la diagnosi è di grande utilità, nei primi due casi specialmente, l'esame radioscopico.

Bronchite. Segue di solito alla tracheite. I segni fisici sono evidenti: si tratta in genere di ronchi e rantoli: più questi diventano fini e più è da temere che si sviluppi una broncopolmonite. Interessante è il notare se questi suoni aggiunti sono prevalentemente in- od espiratori. Se quest'ultima evenienza si verifica vuol dire che è presente anche un certo grado di spasmo bronchiale e la cura deve essere diretta anche contro questo. L'asma è facilmente riconosciuta durante gli attacchi: e sempre bisogna pensare ad essa nei casi di bronchiti ricorrenti in soggetti molto giovani.

Condizioni infiammatorie dei polmoni. La polmonite franca, la più frequente nei bambini, può decorrere silente. Non così la broncopolmonite nella quale la bronchite precede generalmente la lesione alveolare. La tubercolosi come causa di tosse nei bambini è cosa rara comparativamente agli adulti. La forma miliarica acuta decorre senza o con poca tosse, mentre per la forma cronica e l'infiammazione delle ghiandole mediastiniche non vi è regola. In tali casi l'esame radioscopico sarà di grande utilità diagnostica.

La pleurite come causa di tosse nei bambini non presenta difficoltà diagnostiche: durante la fase secca si ha tosse stizzosa, irritativa a cui segue un periodo di silenzio. Questa è la ragione per cui frequentemente l'empiema nei bambini non è diagnosticato e assume forma cronica: è la perdita di appetito e l'anemia che richiamano in tali casi l'attenzione.

La diagnosi di *pertosse* trova sempre una certa riluttanza nelle madri: eppure forse essa è il primo quesito che il medico si deve porre dinanzi ad un bambino che tossisce. Importante è il constatare accessi di tosse spasmodica durante la notte associati con vomito: ciò specialmente in assenza di segni di infiammazione del torace e delle vie aree superiori. L'ulcera sublinguale ha valore notevole per la diagnosi.

Vi è poi la *tosse di stomaco*: esperimenti di fisiologia avrebbero dimostrato che è possibile provocare la tosse stimolando lo stomaco e l'esofago.

Probabilmente ogni irritazione infiammatoria dell'esofago e dello stomaco porta ad uno stato catarrale generale della bocca e del faringe, come starebbe a dimostrare lo stato della lingua in tali casi, e ciò provoca la tosse.

Infine bisogna ricordare la tosse quale espressione di un'abitudine. In seguito ad un attacco di tosse convulsa il bambino può continuare a tossire per mesi e mesi, pur essendo spenta l'infezione, per la stessa ragione per la quale un altro bambino può continuare a tormentare la sua bocca anche quando una chiazza di *impetigo* è sparita dal suo labbro. Una tale condizione deve essere diagnosticata solo quando un accurato esame abbia escluso tutte le altre possibili cause. G. LA CAVA.

MISCELLANEA.

La retinite nefritica.

(P. VEIL. *Journal des praticiens*, 24 dicembre 1932).

La retinite nefritica o albuminurica si riscontra nei malati di nefrite cronica, d'ipertensione arteriosa e d'uremia, ma talvolta è la prima manifestazione d'una insufficienza renale ed è rivelata dall'esame oftalmoscopico in individui che lamentano disturbi visivi recenti, sensazione di velo dinanzi agli occhi, o diminuzione della vista.

Le lesioni del fondo dell'occhio sono caratteristiche: essudati ed emorragie retiniche, edema delle papille dei nervi ottici (papillite). Sono per lo più bilaterali ed occupano la regione del polo posteriore.

Gli essudati retinici sono bianchi a strie o a placche più o meno estese, con forma stellare a livello della macula.

Le emorragie sono discrete puntiformi o a fiamme.

La papillite si riconosce facilmente in quanto la papilla del nervo ottico è ingrandita, mal limitata e sporgente. La papilla è edematosa con vene dilatate e sinuose. Spesso si riscontra anche un'opalescenza retinica diffusa del polo posteriore.

Quando si nota questo referto sia pure non spiccato, s'impone l'esame generale. L'albuminuria è frequente ma non costante.

Per lo più è la presenza di cilindri che attesta la lesione renale.

Il tasso uremico nel sangue è elevato e consente di formulare la prognosi, quantunque l'azotemia possa essere ancora moderata quando compare la retinite.

La costante d'Ambard è abnormemente elevata.

La colesterinemia è normale o superiore alla norma.

La tensione arteriosa massima e minima è molto elevata.

Alcuni malati accusano cefalea da parecchi anni, altri non presentano alcun sintoma funzionale. Tuttavia bisogna ricercare sempre i piccoli segni del brightismo: sensazione di dito morto, crampi, poliuria, pollachiuria notturna, astenia, dispnea da sforzo, ecc.

La diagnosi di retinite nefritica è relativamente facile.

La retinite leucemica e la retinite dell'anemia perniciosa si accompagnano a disordini generali troppo imponenti e caratteristici per dovere essere prese in considerazione per la diagnosi differenziale.

La retinite diabetica dimostra lesioni più disseminate, emorragie più numerose e abbondante in un soggetto glicosurico ed iperteso, mentre le papille dei nervi ottici sono normali.

La stasi papillare che è in rapporto ad una sindrome d'ipertensione endocranica si riconosce dal fatto che il rigonfiamento papillare è molto più marcato e dalla rarità degli essudati. L'acutezza visiva persiste normale per lo meno all'inizio della sindrome.

Conviene comunque tener presente che alcuni casi di retinite nefritica possono simulare la stasi papillare. In tali casi l'edema della papilla è molto sviluppato, e la puntura lombare mostra un liquido cefalo-rachidiano molto iperteso. E proprio come suole avvenire nell'ipertensione endocranica l'evacuazione del liquido stesso calma la cefalea ed attenua l'edema papillare.

La prognosi della retinite nefritica è molto grave, in quanto molto spesso la morte sopravviene nei primi sei mesi seguenti la comparsa della retinite.

La retinite che si manifesta nel corso di una nefrite acuta può guarire se guarisce la nefrite.

Alcuni autori hanno segnalato vari casi di retinite nefritica seguiti da guarigione prolungata nel corso della nefrite cronica, ma in generale l'85 % dei malati colpiti da retinite nefritica muoiono in meno di due anni. Widal, Morax e Weill hanno dimostrato nel 1910 che nella maggioranza dei casi la retinite nefritica è una retinite azotemica. Il dosaggio dell'urea nel sangue consente di fissare la prognosi.

Tuttavia circa la metà dei malati che muoiono d'azotemia non presenta retinite, e questa può riscontrarsi in soggetti nei quali l'azotemia è normale.

Chauffard ha insistito sul fatto che il fenomeno che più costantemente accompagna la retinite nefritica è l'ipercolesterinemia. Per questo autore gli essudati retinici sarebbero costituiti da depositi di colesterina.

Gli autori tedeschi tendono attualmente a mettere in rapporto la retinite con un'arteriosclerosi retinica primitiva. Rochon-Duvigneaud pur non accettando questa opinione, ritiene che la retinite non sia una conseguenza della lesione renale, ma che ambedue siano determinate dalla stessa intossicazione generale.

Quale che sia la patogenesi della retinite nefritica) clinicamente è importante il fatto che la retinite si osserva per lo più nelle nefriti ipertensive accompagnate da ritenzione di azoto, e che la constatazione di una retinite implica una prognosi molto grave *quoad vitam*.

Dr.

Terapia parenterale dell'anemia perniciosa.

(A. Schechter. *Wiener klin. Wochenschrift*, n. 9, 3 marzo 1933).

L'argomento della terapia dell'anemia perniciosa, dopo che i clinici americani Minot e Murphy ebbero dimostrato che la somministrazione di fegato apportava risultati benefici così decisivi che inducevano a mutare il giudizio prognostico sulla sindrome ematologica fino allora ritenuto infausto, ha risvegliato tale un fervore di studi, ha creato una così ricca letteratura da richiamare l'attenzione di ogni studioso sull'interessante quadro morboso. Studi che mirano al perfezionamento di quella terapia e che, attraverso ai mezzi terapeutici ed ai risultati ottenuti, cercano di aprirsi un varco nel problema etiologico e patogenetico tuttora oscuro e misterioso del morbo di Biermer.

In primo tempo si pensò che il fegato elaborasse sostanze attive capaci di normalizzare l'emopoiesi e di queste sostanze attive si cercò di perfezionare e meglio adattare ai bisogni della pratica quotidiana la preparazione e la somministrazione, in quanto il fegato crudo e successivamente gli estratti epatici somministrati per via orale naufragavano contro la riluttanza d'infermi ordinariamente achilici e nei quali l'assorbimento del preparato era quasi sempre insufficiente. Si giunse così alla preparazione di composti epatici iniettabili, al Campolon, al Procythol, all'Endoepatina ecc. Successivamente, dopo le esperienze di Castle, si addivenne alla terapia gastrica, basata sul fatto della coesistente achilia nella a. p. e che spostò il problema etiopatogenetico, almeno in via ipotetica, della malattia dal fegato allo stomaco, dove sarebbero secrete sostanze attive normopoietiche, forse di natura ormonica, che verrebbero poi immagazzinate nel fegato. Di qui la terapia gastrica nelle sue varie forme, fino al preparato più recente, l'Addisin, cioè succo gastrico concentrato e somministrabile per iniezioni. Ed ancora si osservò poi che risultati buoni si potevano ottenere con estratti splenici, polmonari, surrenali ecc. Si pensò allora che non una, ma parecchie fossero le sostanze capaci di influenzare la grave emopatia ed un clinico di Vienna, Pal, portò alla dimostrazione che il principio attivo apparteneva alla serie delle amine biogene e che perciò risultati buoni si potevano anche conseguire con l'uso di stamina ed istidina, colina

e lecitina. Difatti autori francesi (Fontès e Thivolle) adoperarono con buon risultato un composto di triptofan ed istidina (Haemostra), autori americani la γ-ossiprolina, il B-ossiacido-glicuronico.

Su tali osservazioni e sulla constatazione che spesso anemici perniciosi, in cui fu praticata esclusivamente la terapia epatica e che erano stati dimessi in buone condizioni, dopo un lasso di tempo più o meno lungo ritornavano all'ospedale in preda a grave ripresa della malattia, l'A. intraprende una serie di ricerche atte a meglio stabilire e lumeggiare il problema della terapia dell'a. p. Esse interessano 77 ammalati, in parte ripetutamente trattati con terapia epatica, tutti in condizioni molto gravi; la cura è condotta con iniezioni di colina e di Procythol, un composto pel suo modo di preparazione corrispondente al Campolon, anzi in proposito vengono stabiliti opportuni confronti e rilievi. I risultati acquistano particolare importanza tenuto conto dello stato grave dei soggetti. Anzitutto l'A. fa rilevare la insufficienza della dose prima adoperata e che lui eleva per il Procythol a cc. 4 ed in 8 volte *pro die* e per la colina pura a gr. 0,6 in soluzione al 10 % anche in 2 volte. Nei casi resistenti alla sola terapia epatica impiega ambedue i preparati. Sulla base di un'esperienza più che quinquennaria i risultati, a quanto l'A. riferisce, sono decisamente favorevoli; il reperto ematologico è riportato al valore normale e talora anche superiore al normale; mai ha constatato inefficacia assoluta della terapia.

Contrariamente all'opinione generale riferisce sul buon risultato della terapia epatica nella mielosi funicolare, complicante il quadro dell'a. p., anzi riferisce su un caso grave con paraplegia, abolizione dei riflessi tendinei agli arti inferiori, estesi disturbi di sensibilità e fenomeni d'incontinenza, in cui la terapia era stata sospesa, il soggetto era sempre in condizioni non solo di camminare, ma anche di fare marce di più ore.

Il lavoro, condotto in una Clinica degli Ospedali di Vienna, corredato di tutte le ricerche che valgono a dimostrare il risultato terapeutico, apporta effettivamente nuovi, importanti contributi alla terapia di quella sindrome morbosa, la cui diagnosi fino a pochi anni fa segnava nella sua stessa denominazione un triste giudizio prognostico.

R. d'Alessandro.

Sulle peritoniti tifiche.

(A. Panagia. *Rif. Med.*, 25 febbraio 1933).

L'A., riportando una statistica di 30 casi di peritoniti tifiche operati, richiama l'attenzione su alcuni punti, riguardanti specialmente la patogenesi, la diagnosi e la prognosi.

In 3 casi su 30 non fu possibile mettere in evidenza alcuna perforazione. In queste ed altre osservazioni del genere non è escluso che la perforazione per la sua piccolezza sia prontamente riparata dalla formazione di fibrina e da una aderenza intestinale. Il Puccinelli, a questo riguardo, propone di parlare, invece che di peritonite tifosa senza perforazione, di peritonite senza perforazione visibile, ed esprime il convincimento che si tratti sempre di perforazioni non rilevabili.

L'A., pur non dissentendo da questa opinione per un buon numero di casi, mette in evidenza come altre cause (rammollimento di una ghiandola mesenterica, ascessi o infarti settici di organi intraddominali, infezione per via ematogena, necrosi e rammollimento di noduli tifosi della sottosierosa) possono determinare la peritonite.

Ricorda alcuni segni speciali, che possono essere utili per la diagnosi di peritonite da perforazione, come il *segno di Brown* (dolore e contrattura a sede per lo più a destra e che si spostano verso sinistra se l'ammalato viene posto sul fianco sinistro; poggiando bruscamente lo stetoscopio, è possibile ascoltare un rumore di sfregamento); il *segno di Lewaschoff* (rumore di passaggio dei gas addominali nell'addome, rilevabile all'ascoltazione con lo stetoscopio nel punto doloroso); il *segno di Kuklow* (che mette in evidenza anse meteoriche sul piano ventrale alla minima pressione); il *segno di Federici* (che rileva la scomparsa della trasmissibilità all'addome dei toni cardiaci a misura che si forma l'essudato).

Radiologicamente, Roseo ha messo in evidenza una bolla gassosa che si sposta con lo spostamento del paziente.

Quanto alla prognosi, l'esito favorevole dipende in massima parte dalla precocità della diagnosi. Non è però solo il tempo trascorso dalla perforazione sino al momento in cui viene praticato l'atto operativo che influisce sul risultato. Bisogna tenere anche conto della durata della malattia, della virulenza dell'infezione, del numero e della grandezza delle perforazioni, dell'età e costituzione dei pazienti e dei loro precedenti, e anche del tipo di intervento chirurgico.

C. Toscano.

PROBLEMI D'ATTUALITÀ

Il veleno di cobra nelle algie dei cancerosi.

Abbiamo dato notizia, nel numero scorso, sull'uso del veleno di cobra (1) nel cancro. Non è questa la prima applicazione terapeutica del micidiale veleno (2). La farmacopea indù lo usa in molte preparazioni complesse, sovente in unione con la bile, che ne attenua l'azione, o con altre sostanze, per la cura della peste, del colera, delle febbri.

Il veleno dei serpenti entra da tempo anche nella farmacopea omeopatica, come analgesico del sistema nervoso. In essa, *Lachesis* (3) corrisponde al tipo canceroso e precanceroso ed è considerato come il rimedio di quest'ultimo stato. Ma gli omeopatici usano tale veleno in dosi così evanescenti (1/1.000.000 di mg.), che non è possibile riscontrarvi una azione farmacologica precisa.

Altre applicazioni vennero fatte recentemente, nell'epilessia, l'emicrania, ecc. con l'intenzione di provocare uno « shock » vaso-trofico.

Uno studio patologico e farmacologico del veleno del cobra, eseguito da diversi autori, ha permesso di precisarne l'azione sui diversi sistemi.

Sul bulbo: innalzamento della pressione arteriosa, bradicardia, arresto del respiro, morte in apnea; nell'uomo, sincopi di origine bulbare.

Sul sangue. Ictus proteotossico, abbassamento della pressione arteriosa per 20-40 minuti, leucopenia, diminuzione della resistenza globulare. L'abbassamento della pressione si ha quando si oltrepassano le dosi di 1/10 di mg. Coagulabilità iniziale del sangue a cui fa seguito la incoagulabilità definitiva.

Sui muscoli striati. Aumento della reobase del nervo senza cambiamento della cronassia; fibrillazioni, contratture, inibizione rapida ed intensa, diminuzione e perdita della sensibilità. Nei parkinsoniani di origine encefalitica, aumento transitorio della contrattura, seguito da diminuzione.

Sull'endotelio dei vasi, azione citolitica e proteolitica.

Sul sistema nervoso, cromatolisi, degenerazione delle cellule.

Sulle fibre muscolari liscie, eccitazione iniziale notevole con forte contrattura, seguita da lenta depressione del tono.

Fra gli autori che hanno recentemente studiato l'azione di questo veleno — auspici Calmette e Monaelesser — sono particolarmente da citarsi Laignel-Lavastine e N. T. Koressios (1) i quali hanno avvalorato un'applicazione che appare basata su rigorose esperienze e destinata a portare un reale vantaggio in quei miserevoli casi in cui il medico, con la consueta terapia, non porta che un minimo sollievo agli atroci dolori dei cancerosi.

Questi AA., nei loro tentativi terapeutici, sono partiti dal concetto di « riattivazione », nel senso cioè di esagerare in primo tempo, col rimedio, il fenomeno presentato dal paziente, per ottenere in seguito l'attenuazione. Così, si può ottenere il rilasciamento muscolare dopo l'esagerazione della contrattura ovvero, dopo l'esacerbazione dei dolori, un effetto analgesico più forte di quello della morfina e ben più durevole. Trattasi probabilmente di un'azione che rientra nel campo della stimoloterapia.

Gli AA. hanno così trattato dei cancerosi in cui l'algia aveva una base organica indiscutibile come, p. es., in cancri della parete posteriore dello stomaco inglobanti il plesso solare o della colonna vertebrale che comprimevano le radici emergenti.

I cancerosi su cui tali tentativi sono stati fatti abbisognavano tutti di morfina la quale, durante le prove col veleno, veniva sostituita con iniezione di acqua distillata.

Le dosi di veleno di cobra usate erano abbastanza elevate (1/10 di mg. diluito in 2 cmc. di acqua distillata). Generalmente erano ben sopportate; soltanto qualche volta determinarono epistassi o qualche lieve disturbo bulbare. Gli AA. si occupano ora di trovare il modo di attenuare tali disturbi. Forse l'uso della bile che, come si è sopra accennato, secondo l'esperienza indiana attenua l'azione tossica, potrebbe essere utile a tale scopo.

I casi che Laignel-Lavastine e Koressios citano nella loro pubblicazione sono sei di carcinomi della mammella, della colonna vertebrale (metastasi), del retto, dell'addome, della parete posteriore dello stomaco. Qualcuno dei malati abbisognava di 3 iniezioni al giorno di morfina per avere, e non sempre, qualche sollievo.

In quattro, l'iniezione di veleno di cobra ha determinato un'esacerbazione dei dolori ed anche febbre. Il giorno seguente, i dolori scomparivano per 1-2 settimane, dopo di che una nuova iniezione li faceva cessare, spesso anche senza ulteriore riattivazione ed anche in malati in cui il decorso inesorabile del male determinava metastasi ed aggravamenti.

In tutti, l'attenuazione dei dolori che in qualcuno andava fino alla scomparsa era di gran

---

(1) Si indica generalmente col nome di cobra (Cfr. BOYÉ in *Traité de pathologie exotique*, Baillière) la *Naja tripudians* — serpente ad occhiali — che, con le specie congeneri vive nelle parti più calde dell'Asia meridionale.

(2) Il principio tossico ne è tanto attivo che basta una parte di esso su 156.000 di sangue per danneggiare la capacità respiratoria di quest'ultimo in modo tale da renderla incompatibile con la vita.

(3) Genere di serpenti che contiene una trentina di specie, di cui le più temibili vivono al Brasile.

(1) Soc. méd. hôpitaux, Paris, 24 febbraio 1933.

lunga superiore a quella che si otteneva — e solo momentaneamente — con morfina.

I sintomi bulbari (vomito) e l'epistassi a cui si è accennato, si ebbero in due casi.

In complesso, il veleno del cobra manifesta un evidente potere analgesico nelle algie dei cancerosi inoperabili. È sufficiente un'iniezione per mantenere tali malati senza dolori e render loro la vita tollerabile. La stessa riattivazione, che si osserva nella maggior parte dei casi, indica l'attività del rimedio il quale ha però soltanto azione analgesica e non risulta avere alcun effetto contro il processo cancerigno.

Altre applicazioni in algie varie e non solo in quelle da neoplasmi sono state fatte più da Gosset e Taguet e da altri (1).

Ritorna così ancora in onore il serpente — emblema della medicina — che i sacerdoti di Epidauro allevavano e che, secondo la leggenda, fece cessare una terribile pestilenza scoppiata a Roma, per cui si decretò la costruzione di un tempio in onore del serpente salvatore.

A. FILIPPINI.

DIVAGAZIONI.

L'infrarosso in terapia.

Nella gamma delle radiazioni luminose o non, si è fatta in medicina larga parte alla luce visibile ed ai raggi ultravioletti, ma ben poco all'infrarosso. Forse perchè esso è usato da tempo immemorabile sotto la forma poco scientifica della scaldina ad acqua calda e del mattone riscaldato. Ma anche le applicazioni fatte per mezzo di apparecchi speciali sono assai meno diffuse che quelle, p. es., dei raggi ultravioletti.

Del resto, le radiazioni infrarosse non sono una novità essendo state scoperte da Ampère nel 1835; ma soltanto nel dopo guerra, si sono avute le relative applicazioni fisioterapiche. Tali radiazioni incominciano dove finiscono le radiazioni luminose rosse meno rifrangenti e vanno a raggiungere le onde hertziane. La lunghezza d'onda minima è di micron 0,7-0,8 (7000-8000 unità Angstrom); quella massima è di 314 micron. La parte più interessante è fra 1 e 15, quindi quelle più prossime alla luce.

I raggi infrarossi, puri e non, sono emessi da qualsiasi corpo che oltrepassi la temperatura dello zero assoluto. Come mezzi di produzione, oltre quelli noti da tempo vi sono degli apparecchi ad aria calda corrente che vanno scelti a seconda dei raggi desiderati.

Per i raggi corti (micron 0,7-1,3) servono le lampade ad incandescenza a filo di carbone e quelle ad arco, pure a carbone. Per maggiori lunghezze (micron 1,3-4) si utilizzano i filamenti metallici portati al rosso dei radiatori parabolici. Infine le lampade a vapori di mercurio dànno dei raggi ancor più lunghi mescolati a raggi ultravioletti, che si eliminano mediante filtri.

I raggi infrarossi sono molto più penetranti che gli ultravioletti; la penetrazione è tanto più grande quanto più breve è la lunghezza d'onda. Gli *effetti* locali sono proporzionati alla penetrazione; a sua volta, questa varia secondo i tessuti. In ordine decrescente abbiamo: pelle (ne assorbe il 35-40%), muscoli, tessuto cellulare, aponeurosi, ossa; il sangue ed i contenuti patologici delle cavità sierose li arrestano del tutto. Quasi immediato è l'eritema, che aumenta durante l'irradiazione e diminuisce col cessare di questa fino a scomparire fra 1 e 10 ore. La vaso-dilatazione periferica è un elemento di difesa contro l'infrarosso e così pure la sudorazione. All'eritema ed all'iperemia si accompagna un'elevazione della temperatura locale (3-4/10 di grado); anche la tensione arteriosa locale tende ad elevarsi. Come effetto tardivo, è da menzionarsi la pigmentazione, meno intensa e duratura che quella data dall'ultravioletto.

Gli *effetti generali* consistono nell'attivazione degli scambi e nell'elevamento della temperatura generale. Si nota un'ipotensione generale, dovuta in parte alla vasodilatazione generale, che contribuisce a spiegare, unitamente all'azione propria sulle terminazioni nervose, l'azione analgesica generale.

Per quanto riguarda l'antagonismo tra infrarosso ed ultravioletto che, secondo alcuni esisterebbe, è da rilevarsi che l'eritema da ultravioletto viene attenuato dall'infrarosso quando questo è fatto dopo e viene invece esagerato in caso contrario.

Per quanto riguarda le *applicazioni*, si devono tener presenti alcuni princìpi generali, e cioè: 1) Non determinare mai sensazione di calore insopportabile; non fare mai irradiazione generale; combattere le eventuali sensazioni sgradevoli con ventilazione, compresse fredde sul capo, ecc. 2) Non estendere mai le irradiazioni a più di 1/4 ad al massimo 1/3 della superficie totale. 3) Durata varia secondo gli individui; in media 30 minuti, o meno, per le irradiazioni estese. 4) Ripetere le applicazioni ogni 2 giorni, senza una progressività che sarebbe inutile.

Secondo R. Levent (*Gazette des Hôpitaux*, 18 gennaio 1933) le *indicazioni* dell'infrarosso sono le seguenti.

Affezioni cutanee. Ferite ed ulcerazioni atone, fistole, ulcere varicose, ulcerazioni da raggi X o da radio, infezioni cutanee acute (foruncoli, ascessi sottocutanei e sottodermici, lesioni stafilococciche della pelle impetigo, sicosi). Forse anche in qualche eczema acuto, nei disturbi della pigmentazione cutanea, contro le cicatrici viziose.

L'infrarosso è l'*agente modificatore* per eccellenza *del sistema lacunare*: edemi superficiali delle periadeniti, periflebiti e perilinfangiti, sequele di infezioni cutanee, edemi cro-

(1) C. R. Ac. des Sc., 20 mar. 1933.

nici da geloni, celluliti di diversa origine. Utile è nelle affezioni circolatorie (stasi venosa con edema, acrocianosi, spasmi arteriosi, con grande cautela per la fragilità vasale!) e nelle stasi linfatiche.

Anche le *sierose* ne subiscono la benefica influenza, specialmente i dolori risultanti da infiammazioni croniche e le periviscer iti sia toraciche come addominali. In generale, tutte le sindromi dolorose, particolarmente le nevralgie del trigemino, dello sciatico, del plesso brachiale.

Poco numerose le *controindicazioni*: accidenti generali congestizi della bacillosi, neoplasie diverse; in qualche caso è da temere l'azione stimolante sui microorganismi, come, per esempio, sulle spirochete che diverrebbero più resistenti. In qualche caso è da tener presente la fragilità anatomica di certi organi specialmente dei vasi (accidenti gangrenosi del diabete, fragilità arteriosa nelle arteriti).

Fra gli apparecchi più specialmente adatti per le applicazioni dell'infrarosso, l'A. menziona soprattutto quelli di Walter e di Foveau de Courmelles. *fil.*

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

SILVIO PALAZZI. *Trattato di odontologia* (II ed.) in due volumi (pag. 759-605 con 975 e 690 figure). Vallardi ed., 1932. Opera completa L. 150.

Potrà a prima vista sembrare strano che trovi posto una recensione di un trattato di stretta specialità in un periodico di medicina generale: ed in realtà noi non ci sentiamo qui di avere la veste di poter giudicare con conoscenza specialistica e tecnica l'opera veramente grande del giovane clinico odontoiatra della R. Università di Pavia; per la quale opera dal punto di vista tecnico generale ci sembra qui bastevole riportare quanto vien detto nella prefazione che al trattato ha fatto precedere l'on. prof. Amedeo Perna, direttore della Clinica odontoiatrica della R. Università di Roma, e che definisce quello del Palazzi un « monumentale lavoro » e trattato « veramente magistrale ». A noi sembra che il caldo elogio del chiaro maestro di odontoiatria corrisponda pienamente alla realtà. E infatti l'opera del Palazzi, che vede ora la luce in una più ampia e moderna seconda edizione a pochi anni di distanza dalla prima, e alla quale hanno contribuito anche allievi dello stesso Palazzi, si presenta quanto mai completa in ogni sua singola parte, mirabile per armonia di distribuzione e di sviluppo dei vari capitoli e tale da costituire prezioso e indispensabile aiuto a chi si approfonda nella specialità non solo, ma anche a chiunque medico generale voglia rendersi conto in maniera chiara e sintetica del grande apporto che agli studi medici in senso lato è già venuto e maggiormente deve ancora venire dall'odontoiatria. E qui ci pare stia veramente, dal nostro punto di vista, il grande merito del Palazzi e della sua opera: perchè dal suo lavoro appare quanto mai evidente quali e quanti problemi biologici e medici abbisognino dell'intima collaborazione dell'odontoiatra e dello stomatologo da un lato, del patologo medico e del clinico dall'altra. Ma la collaborazione richiede in questo campo anzitutto la conoscenza reciproca di indispensabili cognizioni prospettate da chi ha visione sintetica e chiara del problema nei suoi intimi rapporti con la medicina generale; e il compito è in questo campo ben indicato e in gran parte assolto dall'autore.

Noi vogliamo qui brevemente mettere in evidenza alcuni pochi punti del trattato da cui maggiormente risalta l'importanza di quanto abbiamo ora affermato, e da cui è possibile affermare che l'opera del Palazzi, oltrechè contributo importantissimo ai moderni studi della specialità, può essere considerata come vera e propria opera di « medicina generale ».

Il problema delle infezioni focali al quale, occorre riconoscerlo, hanno portato contributi iniziali tra i più importanti appunto gli stomatologi, tanto che per un certo tempo il problema stesso veniva in gran parte coinvolto ed assorbito in quello dell'« oral sepsis » di Hunter, è svolto nel trattato in modo quanto mai chiaro; e comunque non ci sembra esista in altri trattati italiani nè di patologia generale nè di medicina generale un capitolo altrettanto opportunamente svolto sull'argomento, che coinvolge strettamente problemi, ancora in piena e viva discussione, precisamente e di patologia e di medicina generale.

E qui il Palazzi abbandonando in parte lo stretto campo specialistico considera l'argomento nel suo insieme, opportunamente mettendo in luce l'importanza che hanno al riguardo anche altri focolai infettivi cronici specie tonsillari oltre a quelli dentari, e invitando a guardarsi da eccessive generalizzazioni e a non abbandonare pertanto completamente i sani concetti di una odontoiatria conservativa: anche in questo campo, perfetto equilibrio di studioso e di clinico.

Anche i rapporti tra medicina generale e odontoiatria, oltrechè quelli inversi tra odontoiatria e medicina e le altre varie specialità (assai belli e istruttivi i rapporti tra affezioni dentarie e malattie dell'apparato oculare o del sistema nervoso), vengono opportunamente segnalati; alcuni capitoli importantissimi come quelli che si riferiscono alla patogenesi della carie dentaria e specialmente a tutto il complesso problema delle paradenziopatie, mostrano in modo suggestivo l'esistenza di questi rapporti reciproci. Nella patogenesi delle paradenziopatie, risalta il significato che deve essere assegnato a fattori di ordine endocrino, neurovegetativo, costituzionale, infettivo, tutti altrettanto finora oscuri nella loro intima essenza quanto importanti; sì che appare evidente come un problema apparentemente stret-

tamente specialistico come quello delle paradentiti e delle paradentosi, sia in fondo intimamente connesso a momenti di medicina generale. Nè d'altra parte per questo l'intero capitolo delle paradenziopatie cessa di essere parte integrante della specialità, chè anzi tali e tanti elementi di ordine embriologico, istologico, istopatologico, ancora in gran parte controversi, intervengono ed hanno fondamentale importanza nello studio di queste forme morbose e per una loro esatta comprensione nosologica e sistematica, che solo approfonditi studi specialistici potranno permettere una più esatta conoscenza. Ma questo altro però non deve significare se non che solo una stretta collaborazione tra il clinico medico generale e il clinico odontoiatra può portare alla vera risoluzione di questo e di altri problemi della odontologia.

Esempi della necessità di una tale collaborazione sono in molti punti del trattato, quando vengono segnalati i rapporti reciproci tra medicina e odontologia: rapporti che emergono non da aridi elenchi di possibilità; ma in modo vivo, spesso man mano che se ne presenta l'occasione, come quando, ad esempio, vengon messi in luce fattori di ordine generale rappresentati dalla tabe dorsale con le sue ancora oscure lesioni croniche ossee e articolari, o da intossicazioni d'ordine professionale (da fosforo, ecc.), nella genesi delle fratture delle ossa mascellari consecutive all'avulsione dentaria. Donde lo spunto anche per considerazioni di ordine di responsabilità professionale e medico-legale in genere, le quali ultime dànno vita ad un brillante capitolo da cui tra l'altro traspare l'eclettismo delle conoscenze e il carattere generale della cultura. Equilibrio eclettico, che non manca si può dire mai nell'opera del Palazzi, alla quale pure l'autore ha portato tanto della sua personalità: e che armonizza in tanti campi l'opera dello studioso a quella di chi ha dato alla propria branca di studio anche un significato di ordine artistico; il che traspare chiaramente nel capitolo della ortodontoiatria e là dove vengono messi in evidenza i rapporti, che intercorrono tra costituzione e struttura delle arcate dentarie e delle ossa mascellari, ed euritmia facciale intesa quale manifestazione artistica nella mimica dei muscoli facciali cui fanno sostegno appunto lo scheletro osseo e la dentatura. Tutti problemi alla cui risoluzione necessitano conoscenze di ordine disparato, di natura embriologica, anatomica, fisiologica e anche, come ora abbiamo detto, di ordine più squisitamente umano nel suo senso più vasto: conoscenze che son tutte tenute presenti e felicemente armonizzate.

Diciamo felicemente armonizzate, perchè in realtà uno degli elementi più caratteristici dell'opera, ci sembra proprio essere quella dell'armonia tra le singole parti: per cui i vari capitoli si seguono perfettamente legati e sviluppati con ordine e tenendo conto in ciascuno di essi dei diversi elementi di embriologia, di istologia, di fisiologia, di patologia generale, non come fine a sè stessi ma come mezzo logico e fondamentale di impostazione clinica di un problema, diagnostica e terapeutica: questo fine sembra il grande scopo dell'opera; donde l'applicazione di tutti i mezzi semeiologici più moderni e più esatti con largo sviluppo dell'indagine radiologica che ha di recente trovato nell'odontologia ampio campo di studio ed ha raccolto risultati oltremodo brillanti e pratici, e alla quale il Palazzi giustamente dà larga parte, documentandone l'importanza con grande numero di nitide illustrazioni.

Quello delle illustrazioni, è un altro dato di valore tecnico che aggiunge pregio al libro, non solo per il numero veramente notevole, ma più ancora perchè trattasi di figure in gran parte originali, opportunamente distribuite a miglior comprensione del testo, di grande aiuto per il pratico, e documentative, attraverso numerosissime microfotografie, di importanti nozioni istopatologiche.

Due altri rilievi prima di finire. L'uno, che si può dire non vi è capitolo al quale il Palazzi non abbia portato il suo contributo personale, a ulteriormente documentare l'originalità e la personalità del trattato; ed un altro, che non vuole essere un appunto, ma un desiderio di migliore completamento di così bella opera, e cioè che sarebbe opportuna una più generale indicazione bibliografica che servisse allo studioso di guida per maggiormente approfondire alcuni particolari argomenti.

Il Palazzi col suo trattato ha fatto onore a sè e ha contribuito ad elevare nel rango delle discipline mediche una specialità che da noi, all'infuori di questi ultimi tempi, era rimasta alquanto nell'ombra, mettendo in luce il grande contributo degli studiosi del nostro Paese, e facendo con ciò opera anche di elevata italianità.

CHINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

M. SIROLLI. *Contributo allo studio delle fratture del gomito*. Tip. Grafica, Perugia, 1933.

L'A. ha preso in esame venti casi di fratture del gomito curati in due anni nella Clinica Chirurgica di Perugia. Otto casi erano fratture sopracondiloidee; tre del condilo omero radiale; uno dell'epitroclea; due distacchi epifisari; due fratture della testa radiale; uno del collo del radio; due casi di frattura dell'olecrano.

L'A. discute il meccanismo patogenetico delle singole forme di fratture, la loro evoluzione, l'importanza che può avere la plasticità biologica dell'osso nel determinismo delle fratture.

Mette in evidenza le modalità cliniche di indagine adoperate dalla Scuola. Raffronta la propria statistica in merito alle altre note.

Otto casi furono curati cruentemente: tre

fratture sopracondiloidee, due del condilo omero radiale, uno dell'epitroclea, due dell'olecrano. I risultati furono perfetti in sette casi, buono in uno; ugualmente perfetti furono i risultati ottenuti col trattamento incruento.

I risultati dei casi trattati cruentemente rivisti a distanza di tempo, inducono l'A. a credere che la terapia cruenta delle fratture del gomito può dare risultati ottimi e che essa non deve esser considerata come un metodo di grande eccezione. La terapia cruenta va adoperata quando le modalità della frattura o i tentativi di cura incruenta dimostrino l'impossibilità di ottenere una buona riduzione dei frammenti ossei. Il lavoro è corredato della più recente bibliografia comparsa dal 1927 ad oggi. A. P.

E. EITNER. *Kosmetische Operationen*. Vol. di pag. 130 con 129 fig., Edit. J. Springer, 1933, RM. 18.

L'A. si occupa della tecnica delle principali operazioni plastiche cosidette cosmetiche. Sono trattate così le deformità del naso, dei mascellari, dell'orecchio, delle labbra, la correzione delle cicatrici, le plastiche della mammella, ecc.

L'esposizione è succinta in modo da raccogliere in poche pagine l'argomento oggi già molto esteso. È importante il fatto che l'A. per sua personale esperienza, può dare consigli e giudizi sui vari metodi in modo da aiutare il lettore a sciogliersi dal ginepraio delle innumeri tecniche e modificazioni di un determinato argomento.

Le figure sono numerose e molto dimostrative. VALDONI.

DISCUSSIONI IMPORTANTI

Le infezioni urinarie.

(Seduta alla Società med. di Edinburgh, rif. in *Edinburgh med. journ.*, maggio 1933).

PATOLOGIA (D. BAND).

Eziologia. L'infezione focale (denti, tonsille, organi genitali, ecc.) può essere seguìta da metastasi nel tratto urinario; nel 76,3 % dei casi, si è trovato il B. coli e l'intestino poteva essere considerato come la principale sorgente d'infezione.

L'infezione può essere discendente od ascendente. La prima ha, al suo appoggio specialmente i fatti sperimentali, la seconda quelli clinici. Alla Clinica Necker, si è osservato che le infezioni urinarie sono state quasi sempre precedute da disturbi alimentari o da modificazioni dell'urina (albuminuria, precipitati di ossalati, urati, fosfati), il che indica che il rene può subire dei danni da tossine batteriche o chimiche prima che si stabilisca l'infezione. Anche nell'esperimento sugli animali, l'aggiunta di ossalamide e di B. coli al cibo provoca la comparsa di pielonefrite, che invece non si ha con la semplice iniezione endovenosa di culture di B. coli. A riprova dell'origine ascendente, si possono citare le ricerche di Hyman e di Edelman, che hanno avuto esiti positivi con l'emocultura, quando questa è stata praticata durante la salita iniziale della temperatura.

L'infezione ascendente può essere riprodotta sperimentalmente soltanto con interventi sulla parte bassa del tratto urinario, che portano a modificazioni organiche o funzionali.

La pielonefrite della gravidanza. È ben nota la tendenza alla stasi intestinale cronica durante la gravidanza; urologicamente, sono stati osservati idro-ureteri ed idronefrosi. Dal punto di vista clinico, l'ematuria e l'albuminuria precedono spesso lo stabilirsi della pielite acuta; in alcuni di tali casi, l'esame urologico dimostrò che il sangue proveniva dal rene; l'estrazione di oltre 100 cmc. di urina di carattere ureterale fece scomparire ematuria ed albuminuria e non si stabilì nessuna infezione.

Per quanto riguarda il contrasto fra le due teorie, discendente ed ascendente, l'A. osserva che la vescica è raramente sede d'infezione primaria e che l'assorbimento di tossine dalla vescica stessa è poco probabile. Si può avere un assorbimento tossico dall'uretra posteriore o dalla prostata, ma è dubbio se l'infezione possa passare ai reni se gli sbocchi ureterali sono sufficienti. E, del resto, nei casi clinici di cistite e di ureterite terminale, si è veduto che l'infezione dell'uretere è limitata a pochi centimetri in basso. In complesso, può ritenersi che gli agenti tossici o fisici portano alla stasi nella pelvi renale ed a lesione del parenchima, per cui il rene diventa disposto all'infezione, che viene portata per la via della corrente sanguigna. Il colon e le porzioni più basse del tratto urinario, in stretto rapporto con i linfatici pelvici sono le regioni da cui si fa l'invasione della corrente sanguigna.

La diagnosi positiva dell'infezione del tratto urinario si ottiene mediante l'estrazione asettica dell'urina, la quale costituisce un mezzo di cultura in cui il germe si moltiplica. Spesso il B. coli subisce delle modificazioni morfologiche prendendo l'aspetto di un diplococco, per cui sono necessarie delle subculture.

Per quanto riguarda il *trattamento*, l'A. consiglia: 1) nella pielonefrite acuta, abbondanti bevande ed alcalini per favorire la diuresi; 2) se il rene è profondamento leso, cura chirurgica, consistente nel semplice drenaggio se il rene opposto è assente o deficiente di funzione, od altrimenti nell'ablazione.

3) I casi di pielonefrite o cistite cronici o subacuti sono i più resistenti alla cura. La fase cronica può aversi sia per la persistenza della sorgente d'infezione o della stasi, sia per infezione residua nel parenchima renale. In tali casi, è molto utile il cateterismo ureterale (che può bastare nella pielonefrite gravidica) associato con lavaggi antisettici o non.

Importante è la modificazione del pH, ren-

dendo acida (e quindi in certo modo antisettica) l'urina. Agiscono in tal senso il cloruro di ammonio e quello di calcio, dati per bocca. Utile è la somministrazione di abbondanti bevande.

Dati statistici. Su 3000 casi urologici, si trovarono infezioni non complicate in 400. In 136 casi di pielonefrite, i pazienti furono seguìti per anni.

La natura dell'infezione fu riscontrata nei 76,3 % da B. coli; nell'8,8 % da streptococchi; nel 15,4 % mista. Nel 78,6 % si trattava di donne.

Come sintomi: dolore al rene sinistro 35,2 %, al destro 39,7 %, nessuno 25 %. Frequenza di minzione nel 99 %; ematuria nel 30,1 %; piuria nel 100 %.

Si ebbe guarigione nel 47,7 %; miglioramento nel 35,2 %.

TERAPIA. (M. DUNLOP).

Il trattamento medico delle infezioni urinarie acute o subacute consiste generalmente nell'abbondante somministrazione di alcali o di antisettici urinari (urotropina), generalmente con fosfato acido di sodio. In tali condizioni, l'urina diventa meno irritante e la diuresi prodotta dal citrato di potassio ha l'effetto di lavare meccanicamente il tratto urinario.

È assai dubbio però che la somministrazione di alcali o di antisettici urinari abbia una qualche efficacia; il B. coli e gli altri germi crescono ottimamente anche con un pH fino a 9 mentre, d'altra parte, gli antisettici non raggiungono nell'urina una concentrazione tale da avere un potere realmente antisettico. Fortunatamente, le infezioni acute o subacute guariscono di solito spontaneamente e le abbondanti bevande hanno una buona parte del merito che si attribuisce agli antisettici.

È noto che il B. coli può crescere con un pH che va da 5 a 9, mentre al disopra ed al disotto di tali limiti la crescita si fa stentata. Da ciò i tentativi di rendere acida l'urina (una alcalinità superiore a 9 non può essere ottenuta) per impedire la crescita del B. coli. Per tale scopo, il fosfato acido di sodio è inefficiente e si somministrano invece il cloruro di calcio o di ammonio, spesso associati all'urotropina.

In tal modo si può ottenere spesso un'urina con un pH inferiore a 5 ed inibire così la crescita del B. coli. Spesso, però, specialmente in casi di decomposizione ammoniacale tale somministrazione è inefficace, senza contare che talvolta tali sali provocano irritazione vescicale od intestinale.

È stato osservato che le urine dei pazienti in coma diabetico e quelle di epilettici sottoposti a dieta chetogenica possono rimanere a lungo senza guastarsi; ciò si deve al fatto che la loro acidità è tale da impedire lo sviluppo dei germi. Da ciò il tentativo di rendere acida l'urina mediante una dieta chetogenica e di ovviare così alla moltiplicazione del B. coli.

Riporto qui la dieta usata dall'A., rilevando che sarebbero necessarie delle modificazioni sostanziali, anche nella distribuzione per farla accettare da noi.

1ª Colazione. 60 grammi di arringa (arrosto, su graticola o fritta); un panino per diabetici, con burro, tè o caffè con 60 grammi di panna.

Desinare. 45 grammi di prosciutto magro, con 30 grammi di grasso di prosciutto; 120 grammi di insalata al 3 % di carboidrati; 30 grammi di mayonnaise, un panino per diabetici, tè o caffè con 30 grammi di panna doppia.

Tè. Un panino per diabetici, con burro; 20 g. di patè de foie gras, tè con 45 grammi di panna.

Cena. Brodo chiaro; 60 g. di braciola ai ferri, burro alla maître d'hôtel (con prezzemolo e limone); 90 g. di insalata al 3 % (vedi sopra), 120 g. di conserva di lamponi per diabetici, 60 g. di crema doppia.

La quantità totale di burro da usarsi (come condimento o sul pane) è di circa 100 g.; quella dell'olio di 14.

La dieta ha un contenuto di circa 2600 calorie (le once sono state arrotondate a 30 grammi), contiene un minimo di carboidrati (circa 30 g.); una quantità ridotta di proteine ed un massimo di grassi, sicchè il rapporto glucosio/grassi è di circa 1 a 3. Tale dieta è capace di produrre una notevole chetonuria negli adulti sebbene per qualcuno è necessario ridurre i carboidrati a 20 o 15 grammi (la dieta normale ne contiene circa 300). Si comprende quindi la grande difficoltà di fare accettare tale dieta, che presenta delle difficoltà per il medico di metterla insieme, per la cuoca di prepararla e per il paziente di tollerarla. Nei bambini, poi, è impossibile ridurre in tal modo la quantità di carboidrati.

La grande adattabilità del metabolismo umano alle condizioni anormali fa sì che la chetonuria che si ottiene nei primi giorni tende poi ad attenuarsi, sicchè si rende necessaria un'ulteriore riduzione dei carboidrati. D'altra parte, se si hanno nausea e vomito, bisogna aumentare questi ultimi ed, in qualche caso, sospendere la dieta. L'ideale è di raggiungere la massima chetonuria senza provocare nausea grave; utile per tale scopo è anche la riduzione dei liquidi a 1400 cmc. al giorno.

L'A. ha trattato 14 casi unicamente con tale dieta; in 9 si aveva il B. coli, in 5 lo streptococco (in qualche caso infezione mista), in 1 lo stafilococco, in 1 il bac. di Koch, in 2 urina sterile (1 caso di trigonite ed 1 di spasmo ureterale).

In 6 casi, l'urina diventò sterile da 4 a 15 giorni dopo incominciata la chetonuria e tale era 6 mesi dopo l'uscita dall'ospedale. In un caso, la parete vescicale era incrostata di fosfati e, con la cura, ritornò di apparenza normale. Il caso di trigonite in cui vi era una pencsissima stranguria guarì con rapidità sor-

prendente. In 2 casi, si dovette sospendere il trattamento. Negli altri 5 casi, ivi compreso quello con b. di Koch, il trattamento non ebbe effetto od i sintomi ritornarono.

L'effetto non va soltanto attribuito al pH, ma certamente si ha solamente quando il pH si trova a 5,5 o meno, sebbene in uno dei casi il pH che era prima 8,1, si abbassò soltanto ad un minimo di 6,5. Può darsi che l'effetto sia dovuto a qualche sostanza che si trova nell'urina chetonica e che certamente non è nè l'acido diacetico, nè il diacetato di sodio.

Si deve tener presente che tutti i casi erano in cura ospedaliera da molto tempo e che durante la cura dietetica ogni altro trattamento venne sospeso; forse i risultati sarebbero stati migliori se si fosse aggiunta la somministrazione di cloruro d'ammonio.

Tale trattamento dietetico ha però lo svantaggio di esigere uno specialista per la dieta, di essere costoso e di non essere, talvolta, tollerato. Non è, aggiunge l'A., la pietra filosofale del trattamento ma, se usato dove altri metodi hanno fallito, può dare talvolta risultati sorprendenti.

BATTERIOLOGIA. (I. LAWSON DICK).

L'A. ha fatto delle ricerche allo scopo di misurare le proprietà batteriostatiche dell'urina eliminata dai pazienti in stato di chetosi, quella che Helmholtz ha chiamato urina chetonica (Ketonurine) e per determinare se tali caratteristiche fossero dovute ai cambiamenti provocati dalla dieta nella reazione dell'urina od a qualche sostanza ignota ad azione antisettica.

Ha usato urina sterilizzata per filtrazione su asbesto ed inoculata con B. coli di origine urinaria in quantità di 100 per cmc.

Con urine normali, un pH di 4,8 inibisce completamente lo sviluppo del B. coli, mentre questo cresce rigogliosamente con pH a 5,5. Con urine chetoniche, si ha un'inibizione dello sviluppo batterico anche se il pH è spostato verso l'alcalinità oltre 5,5. Quindi, le proprietà batteriostatiche dell'urina chetonica non vanno attribuite al solo cambiamento del pH.

Il riscaldamento e l'aereazione dell'urina non hanno effetto sulle proprietà batteriostatiche. Si può quindi escludere che queste siano dovute a qualche sostanza volatile (acetone od altra). L'aggiunta di NaOH, fino ad un pH di 7,6 distrugge tali proprietà. Questo reperto è un po' in contraddizione con alcuni dei precedenti, in cui si avevano tali proprietà pur con urine chetoniche a pH di 7,5-8.

Risulta, in complesso, che la chetonuria ha realmente un effetto batteriostatico, che però non è dovuto al solo aumento dell'acidità urinaria; è anzi ancora *sub-judice* la questione se un certo grado di acidità sia essenziale per la produzione di tale effetto. Sono rimaste finora negative le ricerche di una sostanza attiva in tal senso. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Piemontese di Chirurgia.

Seduta dell'11 marzo 1933.

Presidente: Prof. O. UFFREDUZZI.

Dott. PLACEO. — *Su di un caso di frattura dei primi quattro metatarsi per trauma indiretto (iperestensione e torsione).*

Prof.ri LUGARO e O. UFFREDUZZI. — *Un caso di meningioma psammomatoso di notevole volume della fossa cerebellare sin.*

Sulla cura chirurgica dell'ulcera duodenale.

Prof. L. STROPENI. — L'O. ritiene che la sindrome ulcerosa gastrica sia da ricercarsi sopratutto in un'alterazione della funzione secretoria della parte antrale del ventricolo. Ne deriva logicamente che la cura dell'ulcera e di tutto il complesso sintomatico, deve consistere o nel far guarire le alterazioni funzionali della pars pilorica o addirittura nel demolire questa per impedire che essa sia il punto di partenza di stimoli abnormi.

La gastroentero-anastomosi dà quindi i migliori risultati nella stenosi pilorica quando elimina ogni ristagno e porta abbondante liquido duodenale; meno buoni quando la si usa per ulcere ancora in atto e per ulceri duodenali. Anche l'ipercinesi ha un'influenza grandemente nociva sul funzionamento della gastro-entero-anastomosi e quindi sul suo valore curativo. L'O. esamina e discute l'excisione dell'ulcera e la resezione gastroduodenale. In ultimo parla del metodo di Starr Judd di cura dell'ulcera duodenale iuxta pilorica e cioè di asportare la parte anteriore del piloro con lo stesso taglio che excide l'ulcera e suturare il lato duodenale con quello gastrico.

Ha operato 12 casi con questo ultimo metodo ed ebbe ottimi risultati, però anche dopo tre mesi dall'intervento non ha visto diminuire l'acidità del succo gastrico: anzi in qualche caso essa è aumentata.

Prof. L. STROPENI. — *Periostite albuminosa dell'osso frontale da stafilococco piogene albo.*

Seduta del 25 marzo 1933.

Presidenza: Prof. BOBBIO, Vice-Presidente.

Prof. TURCO. — *Rotture e sezioni del tendine di Achille.*

Prof. BIANCHETTI. — *L'Ulcus simplex del colon e la sua cancerizzazione.*

L'ulcus simplex del colon e la sua cancerizzazione.

Prof. CAMERA. — Riuscito vano un tentativo ortopedico, il piccolo ammalato fu sottoposto ad osteosintesi in due tempi: nel primo fu eseguito l'intervento dalla terza lombare alla 8ª dorsale; nel secondo dalla ottava dorsale alla terza, seguendo la tecnica di Albee e prelevando le due stecche ossee dalle due tibie.

Prof. G. VILLATA. — *Cura ed esiti di un caso di megaesofago.*

Seduta dell'8 aprile 1933.

Prof. O. UFFREDUZZI, Presidente.

Origine e significato frequente della colibacilluria.

Prof. L. GIORDANO. — L'O. ribadisce con una serie di casi la sua convinzione che quasi sempre la sorgente della colibacilluria sia una forma di appendicite. E se molte volte la colibacilluria non provoca sintomi urinari, altre volte può dare una pseudo-sintomatologia di calcoli renali, altre volte la colecisti può rappresentare una tappa per il colibacillo e dare fenomeni di colecistite. Infine lo stesso rene può presentare, a lungo andare, lesioni più o meno gravi tali da richiedere un intervento di entità variabile.

Prof. P. BASTAI e Dott. G. DOGLIOTTI. — *Effetti immediati della paratiroidectomia parziale nella endoarterite obliterante giovanile e nell'endoarterite diabetica.*

Prof. A. MALAN. — *Trombo-flebite del seno cavernoso consecutiva a foruncolo del dorso del naso.*

Prof. L. CAPORALI. — *Interventi endoscopici nell'ipertrofia della prostata.*

Seduta del 29 aprile 1933.

Prof. O. UFFREDUZZI, Presidente.

La diagnosi e l'evoluzione dell'ulcera duodenale.

Prof. R. GUTMANN. — Mentre vi è l'accordo sui sintomi radiologici dell'ulcera duodenale vecchia, questo non è per quanto si riferisce a quella di recente formazione. L'O. nota che in questi ultimi casi l'immagine radiologica non rappresenta la deformazione di tutta la parete dell'organo, ma solo lo stampo della sua mucosa i cui margini si presentano tumefatti quasi edematosi; fra le rilevatezze dovute all'edema esistono spesso depressioni e solchi più o meno profondi; sia la nicchia che queste depressioni possono subire trasformazioni notevolissime per emorragie e per *poussée* infiammatorie. Solo più tardi, quando le ulceri sono più vecchie, all'edema subentra la sclerosi e le deformazioni diventano permanenti.

L'associazione ulcera duodenale-appendicite e le appendiciti non diagnosticabili clinicamente.

Dott. M. BUISSON. — Nell'80 % dei casi di ulcera duodenale la radiologia ci permette di dimostrare la coesistenza di un processo infiammatorio cronico dell'appendice in atto o i suoi esiti. Nella grande maggioranza dei casi il processo patologico non è limitato all'appendice, ma interessa organi vicini.

Prof. E. COVA. — *Interventi per prolasso genitale recidivato dopo trattamento con isterectomia vaginale.*

Prof. U. CAMERA. — *Iconografia radiografica dell'artrodesi extra-articolare dell'anca nel trattamento dei postumi della coxite e della coxite in atto.*

Dott. GIORDANENGO. — *La resezione cuneiforme dell'utero nella terapia chirurgica delle annessiti.*

VILLATA.

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 13 maggio 1933.

Presidente: Prof. F. A. FODERÀ.

Influenza delle vegetazioni adenoidi sulle ghiandole sessuali.

Prof. S. CITELLI. — L'O. ricorda di avere da molto tempo dimostrato che le vegetazioni adenoidi possono provocare alterazioni cellulari del lobo anteriore dell'ipofisi con sintomi e disturbi ipofisari diversi. Ora tali alterazioni verso l'epoca della pubertà possono produrre anche disgenesia o per lo meno disfunzioni degli organi sessuali sia maschili che femminili, e qualche volta arrivare a provocare pure la sindrome di Fröhlich.

Dopo aver descritto negli anni 1917, 1926, 1927 e 1929 casi di femminilismo ipofisario, di ritardato o anche arresto di sviluppo degli organi sessuali, di frigidità sessuale, dismenorrea, ecc. guariti o migliorati — salvo qualche caso in cui la terapia è intervenuta molto tardi — con l'asportazione delle vegetazioni adenoidi sola e integrata dalla terapia ipofisaria, l'O. comunica adesso altri casi identici.

Inoltre richiama in modo speciale l'attenzione su questa nuova nozione di larga importanza sociale — data la grande frequenza delle vegetazioni adenoidi — che cioè queste non curate in tempo rappresentano una causa non rara di disfunzione o ipoplasia genitale di insufficienza della preipofisi.

Ernia epigastrica transternale.

Prof. S. GUSSIO. — L'ernia epigastrica è fra le più frequenti e se ne conoscono anche i disturbi gastrici che può arrecare.

Tuttavia quando esaminai l'infermo, che ha 55 anni, questi, senza accusare nessun precedente anamnestico importante raccontò che da circa 5 anni girava valorosi medici e chirurgi per dei dolori gastrici accompagnati da acidità, che si presentavano in modo accessionale non in rapporto con i pasti nè con la qualità del cibo, si ripetevano per pochi giorni e ultimamente gli intervalli di tregua si erano fatti sempre più brevi.

Le diagnosi riferite e le ricette presentate deponevano o per ulcera gastrica o duodenale o per appendicite. All'esame obiettivo, senza esami radiologici, nessuno di questi organi incriminati risultò malato, mentre invece all'unione del terzo medio con l'inferiore dello sterno si notò una piccola intumescenza della grandezza di una piccola noce appiattita parzialmente riducibile, la quale fu subito diagnosticata per ernia epigastrica transternale e dichiarata responsabile d'ogni sofferenza.

Fu confermata all'intervento, il quale è stato più semplice di quello che non presupponevo, poichè l'ernia era costituita di tessuto properitoneale senza alcun interessamento del peritoneo e tanto meno di visceri, la porta era contornata di un tessuto fibrocartilagineo friabile e poi circondata da osso.

Fidando nella solidità della gabbia toracica circa le solite complicazioni polmonari, l'infermo fu dimesso in V giornata, si lamentò per circa 15 giorni di non notevoli e decrescenti dolori intercostali, che ho attribuito all'interessamento dei pettorali i quali hanno costituito il secondo piano, dopo la chiusura della porta.

L'infermo che si presenta è completamente gua-

rito d'ogni suo disturbo ed anche di quello intercostale operatorio.

Il caso mi sembra interessante non soltanto per la sua rarità, non soltanto per la dimostrazione degli errori che si possono commettere quando non si esamina bene l'infermo, ma soprattutto, date le sue eccezionali condizioni anatomo-patologiche senza alcun interessamento nè del peritoneo nè di visceri, per cercare di cominciare a conoscere quali sono le connessioni fra pro-peritoneo, peritoneo e stomaco.

Suppongo che sono di natura simpatico nervosa ma non son sicuro delle vie di connessione.

Sulle alterazioni parenchimatose del fegato e sulla cosidetta epatite emorragica nelle colecistopatie.

Prof. G. LINO. — Dallo studio istologico di trenta biopsie epatiche di cui ventitre di colecistopatici, e dalla disamina della bibliografia in proposito, l'O. viene alla conclusione che alcune alterazioni dagli AA. precedenti considerate quali specifiche delle colecistopatie o degli organi tributari della porta, rappresentano spesso delle lesioni contingenti, inerenti all'atto operativo.

Le alterazioni parenchimatose, infatti, per lo più, non si riscontrano in giustificato rapporto con la malattia fondamentale.

Nei casi esaminati dall'O. sono state presenti ogni qual volta l'operazione è stata eseguita in narcosi, anche nei casi controllo, e sono mancate nei colecistopatici operati con l'anestesia locale.

Intravedendo un netto rapporto fra causa ed effetto, fra narcosi ed alterazione parenchimatosa, tanto più che è nota l'azione deleteria dei narcotici sul parenchima epatico, l'O. fu spinto a provare sperimentalmente se la sola narcosi fosse capace di determinare rapidamente tali alterazioni. Avendo esse così riprodotto, crede potere affermare che se in alcuni casi l'alterazione parenchimatosa può essere dovuta alla malattia fondamentale, nel maggior numero dei casi di biopsia epatica in operazioni condotte in narcosi, essa va nettamente attribuita alla narcosi.

Ancora avendo constatato con una certa frequenza emorragie epatiche nel pezzo escisso, non solo nelle colecistopatie ma anche nei casi controllo, e per giunta senza reazione circostante, non crede potere accettare per esse le definizione di epatiche emorragiche, e il significato patologico ad esse dato. Secondo l'O. sono delle emorragie recentissime dovute al trauma operativo per l'asportazione del pezzo da esaminare.

Sul significato biologico delle alterazioni epatiche nelle colecistopatie.

Prof. G. LINO. — Sono state descritte nelle colecistopatie prima, in alcune malattie degli organi tributari della porta dopo, delle lesioni interstiziali del fegato.

Anche l'O. le ha riscontrate nei casi da lui studiati e resi noti nella seduta precedente.

Ma poichè egli ricordava d'aver visto lesioni simili nella maggior parte di fegati osservati nel suo assistentato in Anatomia Patologica, è ritornato a ricercarle in dieci casi venuti al tavolo anatomico, nei quali ogni diligente ricerca escludeva la possibilità di lesioni della colecisti o di organi tributari della porta. Avendo trovate anche in sette di questi fegati le lesioni descritte pensa che esse debbono essere considerate con maggiore latitudine. Per quanto più frequenti e più intense nelle malattie della colecisti, non ne sono affatto specifiche: ragioni topografiche giustificano la maggiore frequenza e intensità.

Secondo l'O. sono l'espressione della lotta che il fegato diuturnamente sostiene nella sua opera epuratrice contro i germi che da una qualunque porta di ingresso cutanea o mucosa, nota o no, invadono il circolo sanguigno.

Sulla terapia della sepsi puerperale. Emoterapia ed ascesso di fissazione.

Dott. V. CONSOLI. — L'O. ricorda gli ottimi risultati ottenuti dai vari ricercatori con l'impiego della trasfusione sanguigna nelle sepsi puerperali.

Riferisce due suoi casi molto dimostrativi, nei quali la successiva tardiva formazione dell'ascesso di fissazione latente ha cambiato il giudizio prognostico rilevando l'efficacia della cura.

L'identificazione biologica delle impronte digitali.

Dottori I. DEL CARPIO ed A. GIORDANO. — Gli OO. riferiscono i risultati delle loro ricerche dirette a determinare le proprietà gruppo-specifico delle impronte digitali. Le prove eseguite portano alla conclusione che le dette proprietà sono dimostrabili con il metodo della ricerca dell'agglutinogene anche in impronte vecchie di tre mesi o rivelate con grafite o calomelano.

Dott. ANGELO BASERGA. — *A proposito della regolazione diencefalo-ipofisaria dell'emopoiesi.*

Il Segretario: G. DI MACCO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'eziologia allergica di gravi disturbi gastro-intestinali.

È ammessa da A. M. Kennedy (*British med. Journ.* e *Med. Welt*, 23 luglio 1932). In casi di disturbi acuti che si manifestano dopo il consumo di dati cibi, l'eziologia risulta chiara. Non così accade per le forme croniche, per cui gli stati allergici possono simulare tutta una serie di affezioni: ulcera gastro-intestinale, quando predominano i dolori, la nausea ed il vomito; colecistiti o tifliti se i dolori corrispondono alle rispettive localizzazioni e si accompagnano a rigidità della parete addominale; tabe dorsale, se i dolori vengono a crisi con vomito e con disturbi vescicali; affezioni varie del colon se si hanno diarree o stitichezza.

Con un'anamnesi accurata, si arriva spesso alla diagnosi giusta. Si ponga soprattutto attenzione a malattie precedenti come asma, febbre da fieno, urticaria, edema angioneurotico nel paziente o nei familiari.

Se è manifesta la natura allergica della malattia, questa perde il carattere di ostinatezza ed è possibile mediante l'esclusione di determinati cibi, guarire rapidamente uno stato che durava da tempo. *fil.*

Asma bronchiale e tubercolosi polmonare.

Secondo W. E. Foggie (*Edinburg med. Journ.*, marzo 1933), è problema assai controverso questo dei rapporti fra asma bronchiale e tubercolosi polmonare. Per alcuni (F. Soca) ogni caso di asma rappresenta una forma di tubercolosi; per altri, invece, le due malattie sono antagoniste. Trascurabile è l'ereditarietà asmatica in tubercolosi (0,5 % secondo de Reynier); è raro che un asmatico diventi tubercoloso ed ancor più che un tubercoloso abbia l'asma.

L'asma può presentarsi nella tubercolosi polmonare, ma soltanto come un sintoma e, per quanto abbastanza raro (18 casi su 3018 tubercolosi), la sua insorgenza in età relativamente avanzata deve indirizzare le ricerche anche per la tubercolosi.

Sono specialmente i casi cronici in cui si può avere la coesistenza delle due malattie; la presenza di deperimento e di febbre deve indurre alla ricerca della tubercolosi. Il reperto del bacillo — non sempre agevole — può stabilire la diagnosi, mentre il quadro radiologico può mostrare la presenza di lesioni diverse dalla bronchite e dall'enfisema. Giffin e Sheldon hanno trovato, su 373 casi di asma 13 tubercolosi, parecchi dei quali erano stati considerati per anni come degli asmatici.

Nella tubercolosi polmonare dei vecchi, con la frequente associazione di enfisema e bronchite, la diagnosi di tubercolosi può essere difficile. Vi sono poi, spesso, degli accessi pseudoasmatici dovuti a condizioni cardiache o renali. Tardivamente nella tubercolosi, poi, si possono avere ortopnea, dispnea e simili che possono simulare un accesso d'asma.

E' da escludersi che l'asma che si osserva in tubercolotici sia dovuto a sensibilizzazione da parte degli stessi prodotti tubercolari. Il fatto che taluni asmatici risentono giovamento dalla tubercolina può dipendere da ciò che essa contiene dei prodotti estranei e non già ad azione specifica.

È da segnalarsi che C. Pöhlmann (*Münch. med. Wochensc.* 25 nov. 1932) ha osservato diversi casi di bronchite asmatica allergica, come uno dei primi sintomi di tubercolosi polmonare. (*N. d. R.*). *fil.*

Una sindrome clinica dovuta al freddo con reazioni locali e generali sistemiche somiglianti a quelle da istamina.

G. T. Brown e B. T. Horton (*Transactions of the Assoc. of Americ. Phisic.*, 1932) ricordano un loro precedente lavoro nel quale descrissero 6 casi di ipersensibilità al freddo, con fenomeni che somigliano a quelli prodotti dall'istamina: pallore della cute durante l'esposizione delle mani al freddo, seguìto da rossore e gonfiore dopo tolte le mani dal freddo e, dopo un periodo di 3-4', rossore della faccia, brusca caduta della temperatura, aumento della frequenza del polso, tendenza alla sincope e scomparsa dei sintomi in 10-15'.

Essi descrivono altri 9 casi, nei quali la sindrome si provocava immergendo le mani in acqua a temperatura da 8 a 12° e compariva solo dopo che le mani erano state tolte dall'acqua da 4 a 6'.

Se durante l'immersione si applicava un laccio in modo da bloccare il circolo arterioso la sindrome non si produceva che dopo tolto il laccio e allora si manifestava in modo molto imponente e nello spazio di 1-2' dal momento che si toglieva il laccio.

Quest'osservazione permette di escludere che nella produzione della sindrome intervenga un fattore riflesso.

In due casi si vide aumentare l'acidità totale del succo gastrico nel periodo della massima reazione con comparsa di acido cloridrico libero precedentemente assente in un caso e aumento dello stesso acido cloridrico libero in un altro caso.

In due casi si fece l'elettrocardiogramma e si vide un'inversione dell'onda T.

La temperatura della superficie cutanea si mostrò aumentata, tanto da dare un aumento del 66 % nell'eliminazione del calore.

Il siero di sangue prelevato nel periodo di massima reazione non ha provocato ponfi sulla

cute normale. Si trovò invece un aumento del contenuto in ossigeno del sangue venoso.

La prova che questi disturbi siano provocati dall'istamina non è stata data, ma è molto probabile che questa sostanza ne sia la causa.

R. LUSENA.

L'antigene pollinico per la dissensibilizzazione della febbre da fieno.

J. Freeman (*Lancet*, 25 marzo 1933) osserva che per la polivalenza degli antigeni pollinici, qualunque polline usato ad alte dosi può fare scomparire la reazione cutanea e a questa scomparsa segue anche la non comparsa dei sintomi clinici nella stagione successiva.

La cura col vaccino pollinico si inizia per lo più con dosi da 20 a 100 unità; però in alcuni casi si può anche cominciare con 200 unità. Se la dose iniziale è di meno di 100 unità, le dosi cresceranno progressivamente di 20 unità fino a giungere a 200, poi cresceranno del 15 % ad ogni successiva reinoculazione fino a giungere a 20.000 unità.

Le reazioni che si possono avere sono: un'eruzione, cefalea, asma, urticaria. Se c'è una reazione modica si deve ripetere la stessa dose prima di aumentare; se la reazione è forte si deve diminuire la dose. Ci sono dei casi in cui, per particolari condizioni del soggetto che ci sono ignote, non si riesce ad andare a dosi elevate.

L'intervallo che si fa trascorrere fra un'inoculazione e l'altra non deve essere minore di 4 ore, nè maggiore di una settimana.

In quanto ai risultati, è più facile curare i casi più gravi che non i più lievi; così, p. e., è difficile guarire il malato che si lamenta solo di senso di pizzicore al naso.

La reazione cutanea comincia già a diminuire durante la cura.

Le cure con pollini vaccinici non producono mai fenomeni anafilattici a distanza anche di anni.

R. LUSENA.

DIETETICA.

La dieta idrica nell'infanzia.

Indicazioni: le diarree coleriformi del poppante, caratterizzate da una sindrome tossica e certe gastro-enteriti acute non coleriformi di bambini nutriti al seno od artificialmente, Controindicazione, essenzialmente costituita dall'atrepsia.

Tecnica. Può essere realizzata in 5 modi diversi:

1) Acqua pura (di sorgente, bollita per 2 minuti, acqua minerale indifferente, infuso molto leggero non zuccherato: 1/2 litro di acqua bollente su un pizzico di foglie di tè o di menta).

2) Soluzioni saline. Molto meno utilizzate che un tempo per diverse ragioni (gusto sgradevole, talvolta provocano violenti ascessi febbrili, oppure degli edemi e sono addirittura disastrose nelle disidratazioni acute e negli stati di cachessia cronica).

3) Acque alcaline (Vichy, Vals).

4) Acqua zuccherata. Lo zucchero è ben sopportato e quindi indicato. Si possono usare tre soluzioni: *a*) saccarosio g. 30 per un litro (diarree); *b*) lattosio g. 30 per un litro (costipazione con feci fetide); *c*) saccarosio g. 10 per un litro (vomiti ripetuti).

5) Acqua alcoolizzata. È indicata negli stati algidi. Ad ogni poppatoio di acqua, si aggiungono 20-50 gocce di cognac, oppure si aggiungerà un po' di *champagne*.

La forma più usata e quella che comporta minori controindicazioni è la prima.

L'acqua sarà somministrata ghiacciata se esistono vomiti, calda se vi sono fenomeni di algidità con ipotermia; alla temperatura di stanza nella maggior parte dei casi.

La quantità corrisponderà press'a poco a quella del latte che prendeva il bambino, a dosi un po' minori e ad intervalli più ravvicinati. Si tenga presente che il bambino fino ad un anno ha bisogno di 125-150 grammi di acqua per kg. di peso e che dopo un anno, un litro al giorno è sufficiente. Nel caso di vomiti incoercibili, è spesso vantaggioso di dare l'acqua diaccia col contagocce.

La *durata* della dieta idrica sarà: per i bambini al seno 5-6 ore; per gli altri 24 ore in media, *al massimo* 36. Se è troppo prolungata, si aggiungono agli effetti della malattia primitiva quelli dell'inanizione.

Molto delicata è la *ripresa dell'alimentazione* perchè la maggior parte dei latti, salvo quello di donna. è male tollerata. Si procederà lentamente per tentativi, saggiando la tolleranza del bambino. Se è possibile, incominciare col latte di donna (o di asina) a dosi infinitesime. Altrimenti, per 2-3 giorni, latte acido (latticello, kefir, jogurt); in seguito, per il bambino sotto i 6 mesi, latti modificati e per quelli oltre tale età, alle pappe specialmente malttosate.

Come osserva L. Babonneix (*Gaz. d. Hôpitaux*, 15 marzo 1933) i *risultati* sono notevoli per la rapidità. Nei casi favorevoli, si ha: distanziamento e talora soppressione dei vomiti, modificazioni delle feci, diminuzione della sete; aumento della diuresi; attenuazione dell'anomala eccitabilità; miglioramento della facies; diminuzione dell'ipertemia.

Tali effetti si spiegano perchè la dieta idrica modifica l'apparato digerente (mettendolo al riposo, e sottraendolo all'azione nociva dei prodotti di una digestione difettosa e di decomposizione microbica) e gli scambi nutritivi (permettendo al poppante di sopportare il digiuno, opponendosi alla disidratazione dell'organismo e favorendo la disintossicazione). Inoltre, aumentando l'evaporazione cutanea e polmonare. impedisce l'ipertemia, dovuta ad un'alimentazione troppo concentrata. *fil.*

Problemi dietetici nella cura delle malattie della cistifellea e delle vie biliari.

Al contrario di molti autori che esigono una restrizione notevolissima dei grassi e l'esclusione dei cibi contenenti colesterina (uova) nelle malattie della cistifellea e delle vie biliari, H. Strauss (*Med. Welt*, 17 dic. 1932), ritiene che sia consigliabile una limitazione dei grassi nei pazienti grassi, ma che lo stesso non si può dire per i magri, nei quali si dovranno invece dare in quantità sufficiente.

Di notevole importanza è la regolarizzazione della dieta: pasti ogni tre ore, evitando cibi e bevande fredde, consigliando altresì delle bevande calde, da ingerire precocemente e tardivamente (rispetto al pasto), in modo da praticare una specie di drenaggio delle vie biliari.

Assai utili sono anche le respirazioni profonde praticate sistematicamente, per cui il diaframma esercita una pressione sul fegato.

Per quanto riguarda la dieta grossolana e quella leggera, l'A. è favorevole a quest'ultima, specialmente allo scopo di risparmiare la funzione gastrica, spesso compromessa (ipoacidità). *fil.*

IGIENE.

Organizzazione della lotta antimalarica in Calabria.

A. Paladino-Blandini (*Rivista di Malariologia*, genn.-febbr. 1933) pubblica sull'argomento un ampio resoconto, che va additato come esempio di capacità organizzativa. Arduo si presentava il còmpito: non più la lotta limitata ad un comune, ma estesa in tutta una regione che è certo una delle più intensamente malariche d'Italia.

E l'esempio che ci fornisce l'A. è una nuova dimostrazione della necessità di attaccare il problema con ampiezza di vedute, con profonda conoscenza dell'argomento e soprattutto con l'intento di procedere grado a grado, impostando la lotta sopra uno studio preparatorio che può sembrare tempo perduto a chi, sospinto dalla fretta, vorrebbe in breve tempo vedere attuate le difese ed ottenuti i risultati.

Con pazienti rilievi cartografici e sul terreno, si sono dapprima identificati i ristagni, stabilendo poi le stazioni di disanofelizzazione ed organizzando le visite e gli esami. Dopo un primo periodo limitato a poche zone malariche, la lotta fu estesa a tutta la regione. Tale generalizzazione esigeva altri provvedimenti, specialmente allo scopo di mantenere la spesa unitaria entro limiti non troppo onerosi. E ciò si ottenne mediante la collaborazione dei diretti interessati e con l'intervento dei Sindacati agricoli e della Federazione provinciale agricoltori, per cui lo spargimento della miscela antilarvale costituisce un obbligo, che viene inserito nei contratti collettivi di lavoro. Alla vigilanza ed alle istruzioni nelle singole località, provvedono la Milizia V. S. N., le guardie campestri ed i vigili sanitari. Molto utile ed attiva è stata altresì la collaborazione degli ufficiali sanitari.

Con questo indirizzo, integrato da un'attiva propaganda, dall'impianto di una apposita Stazione centrale per la preparazione e la spedizione della miscela antilarvale nonchè da altri provvedimenti, si è proceduto ad una lotta efficace a cui hanno partecipato circa 11.000 agricoltori, distribuiti in 264 su 265 comuni malarici. La lotta è stata soprattutto imperniata sulla delarvizzazione mediante il verde di Parigi ed in parte anche sull'impesciamento mediante la *Gambusia holbrooki*.

Ed i risultati furono davvero incoraggianti. Già, nel primo esperimento fatto soltanto su pochi comuni, si ebbe un esito favorevole. Ma questo fu ancora migliore quando la lotta fu estesa in tutte le zone malariche. A fine 1931, si poteva rilevare una modificazione sostanziale nell'andamento della endemo-epidemia malarica, più sensibile nelle provincie di Reggio e Cosenza, meno in quella di Catanzaro. La forte e brusca recrudescenza della epidemia a fine estate e principio di autunno, caratteristica dei paesi a malaria grave, è scomparsa, dando alla curva epidemica l'andamento quasi regolarmente parabolico, come in genere si verifica in paesi a malaria mite.

Un dato di importanza essenziale è quello della spesa che, date le limitate disponibilità di molti comuni, costituisce il maggiore ostacolo per l'istituzione di una lotta antimalarica efficace. Nel 1928, per l'esperimento fatto su pochi comuni, il costo medio delle operazioni era stato di L. 9,28 per ettaro, mentre nel 1931, data la larga e gratuita collaborazione della popolazione rurale, tale spesa è risultata di L. 0,37 per ettaro.

A. FILIPPINI.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Il meccanismo dell'infezione carbonchiosa.

Fino a questi ultimi anni, si considerava il bacillo del carbonchio come il prototipo dei microbi patogeni, la cui virulenza viene definita e misurata dalla attitudine a vegetare nei tesuti dei loro ospiti e a produrvi delle alterazioni più o meno gravi. Era stato dimostrato che esso non attraversa nè la pelle nè le mucose intatte ma che se una traccia di cultura o di sangue infetto viene deposto su una ferita si ha rapidamente un carbonchio mortale. Si provocava a colpo sicuro la malattia inoculando il virus nel sottocutaneo, nei muscoli, nei vasi, nelle sierose ecc., e si ammetteva che i germi del carbonchio proliferassero nel tessuto contaminato, qualunque esso fosse, penetrassero nella circolazione linfatica, quindi nella sanguigna e determinassero la morte con la loro straordinaria moltiplicazione.

Tutte queste nozioni, che sembravano definitivamente acquisite, dovettero essere rivedute in seguito ai lavori di A. Besredka. Ino-

culando a delle cavie e a dei conigli per via peritoneale o venosa parecchie dosi reputate mortali di bacilli, questo sperimentatore constatò che quegli animali restavano sempre indenni dal carbonchio se si era presa la precauzione di non contaminare la pelle. Invece una leggera frizione della pelle rasata di fresco con un tampone imbibito di cultura virulenta, o l'iniezione di una piccola dose di virus nello spessore del derma, bastava per produrre in qualche giorno la setticemia carbonchiosa. Il Besredka ne dedusse che « esiste un organo di predilezione per il quale i bacilli mostrano una vera affinità, sul quale essi possono impiantarsi, e nel quale essi possono moltiplicarsi e secernere la loro tossina: la pelle. All'infuori di questa, il bacillo si comporta come un germe saprofita, e viene rapidamente fagocitato e digerito ».

Questa audace concezione patogenetica del carbonchio, ha in questi ultimi tempi suscitato l'interesse di tutto il mondo scientifico: oggi viene sottoposta ad una sana critica e vagliata al lume di rigorose esperienze per opera di due ricercatori dell'Istituto Pasteur di Parigi: Boquet e Saenz (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, marzo 1933).

Le prove di inoculazione eseguite comparativamente sul derma cutaneo e sul sottocutaneo con il 2° vaccino di Pasteur, hanno dimostrato che la pelle non ha una sensibilità esclusiva verso il carbonchio. Nella cavia il tessuto connettivo sottocutaneo è anch'esso recettivo, sebbene in grado 5 volte minore che il derma. Questa minore recettività sembra dovuta, oltre che all'influenza del mezzo umorale locale, alla maggiore attività dei leucociti e degli istiociti.

Le esperienze condotte per via tracheo-bronchiale colla tecnica di Sanarelli della immissione per via nasale, hanno confermato le ricerche dell'autore italiano: i germi giunti negli alveoli polmonari sono capaci di attraversare la loro parete, e di provocare una setticemia mortale. Il carbonchio cosidetto industriale può dunque essere considerato come una infezione aerogena.

Le spore del 2° vaccino inoculate nel peritoneo della cavia sono distrutte e non provocano alcuna infezione, salvo qualche raro caso in cui non sembra dovuta ad una contaminazione della pelle. In ogni modo, dicono Boquet e Saenz, questa resistenza del peritoneo non è un esempio unico nella batteriologia sperimentale, e non può servire di base ad una nuova teoria patogenetica del carbonchio.

La mucosa digerente sana si mostra poco permeabile alle spore carbonchiose. Tuttavia, secondo gli autori, qualcheduna ne passa in circolo e può essere dimostrata colla emocultura. Ma essa viene rapidamente distrutta: perchè riesca a determinare l'infezione è necessario che si produca una lesione della pelle o dei tessuti sottostanti. Allora i germi fuoriusciti dai vasi lesi possono moltiplicarsi colla stessa facilità che se fossero stati inoculati direttamente nel derma. E. CARLINFANTI.

VARIA.

Adulterazioni alimentari in Inghilterra.

Una relazione del Ministero della Sanità pel 1931, ora pubblicata, documenta che le adulterazioni degli alimenti in Inghilterra vanno diminuendo.

Su 136.196 campioni sottoposti ad analisi, ne furono trovati 4.6 % adulterati o non rispondenti ai requisiti regolamentari; ve n'erano stati 4.8 % nel 1930 e 5.4 % nel 1929.

Si ebbero 561 contravvenzioni per impiego di prodotti preservativi; ma 207 aggiunte di preservativi sarebbero state tollerate, se fossero state dichiarate.

Su 70.201 campioni di latte, se ne trovano 4507 adulterati o non rispondenti ai requisiti; su 10.502 campioni di burro, solo 96; su 1373 di formaggi, solo 40; 20 campioni di formaggio contenevano stagno, passato nel prodotto alimentare dalla stagnola di cui ora si va limitando l'uso (a vantaggio dell'alluminio); in 28 campioni di pane al burro, si trovò margarina invece di burro; in 10 campioni di dolci con crema, si trovò che questa era formata con grassi vegetali.

Avvelenamenti da stoviglie smaltate.

Il Ministero di sanità inglese ha richiamato l'attenzione su tre episodi d'intossicazione collettiva da antimonio, prodotti da stoviglie smaltate.

L'ossido d'antimonio vien usato invece dall'ossido di zinco per smaltare le stoviglie economiche; ma si dissolve in presenza di acidi. In tutt'e tre le piccole epidemie, le stoviglie erano state usate per preparare delle limonate; una volta si era ricorso ad acido tartarico; negli altri due casi al frutto del limone.

Nel primo caso, su 70 persone di una ditta ne dovettero essere ricoverate 53; in un secondo, su 120 banchettanti di una società ne ammalarono una trentina; nel terzo, su 70 malati di un ospedale che parteciparono al pranzo natalizio del 1932, ve ne furono 65 colti da vomito acuto e molti anche da collasso.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. S. Cardinale:

I regolamenti indicati possono essere acquistati facendone diretta richiesta all'« Ufficio pubblicazioni militari » presso il Ministero della Guerra. D. B.

Al dott. M. Solito, da Castione

Consulti: G. CERESOLE. *Manuale pratico pei il medico delle colonie*. Nistri-Lischi, editori, Pisa, 1930. Prezzo L. 10. *fil.*

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

33° *Dottor A. P.* — Il Comune ha diritto di disporre una visita medica collegiale prima di provvedere in rapporto alla domanda di congedo per malattia.

L'art. 36 del R. D., 19 luglio 1906, n. 566, dispone che oltre il rimborso delle eventuali spese di trasporto, da giustificarsi, ad ogni Commissario che la richieda sarà corrisposta una indennità di L. 10 per seduta, salve le speciali disposizioni concernenti i pubblici funzionari, quando l'indennità sia inferiore a tale somma. L'indennità complessiva di ciascun Commissario non può eccedere le L. 120 ed è liquidata dal Prefetto su parere del medico provinciale.

34° *Dottor G. P.* — È da ritenere che, essendo salvi anche per dichiarazione espressa, i diritti già acquisiti in base al precedente capitolato, rimanga fermo l'obbligo di continuare l'assicurazione contro gli infortuni professionali. Il nuovo capitolato ha effetto per i sanitari condotti che saranno assunti successivamente alla data di efficacia di esso.

Contro il provvedimento del Podestà che scioglie il contratto di assicurazione già concluso a di Lei favore, può ricorrere alla G. P. A. in sede giurisdizionale nel termine di giorni 30 dalla data della comunicazione del provvedimento stesso.

35° *Dottor G. G.* — L'assistenza sanitaria dei poveri iscritti nell'apposito elenco, è a carico del Comune, il quale provvede all'adempimento di questo obbligo legale mediante la organizzazione di condotte mediche. Nei casi di ricovero nell'ospedale, disposto a norma della legge sulla istituzione pubblica di beneficenza, le spese di spedalità sono dovute dal Comune nel quale il povero ha il domicilio di soccorso.

Per stabilire i diritti del sanitario (medico o chirurgo) che presta la sua opera nell'ospedale, devono essere esaminate le condizioni del rapporto d'impiego e specialmente le disposizioni dello statuto e del regolamento dell'Ospedale. Generalmente al chirurgo spetta una quota del compenso pagato dagli abbienti. Ma non è escluso che sia a lui attribuita anche una certa remunerazione per l'assistenza ai poveri ricoverati nell'Ospedale. La relativa disposizione dovrebbe però risultare dallo statuto o dal regolamento. Purtroppo, accade che i Comuni dispongano con larghezza l'invio di poveri all'ospedale: in tal caso, spetta all'ente di beneficenza di porre un limite alle esorbitanze.

36° *Dottor L. Z.* — Secondo le note istruzioni ministeriali, il Podestà, escluso il primo graduato, deve nominare il secondo, dato che non abbia anche per questo motivi di esclusione. In sostanza, il Ministero ritiene che non vi sia facoltà di scelta. Lei sa però che la giurisprudenza del Consiglio di Stato è in senso contrario. Ma se non c'è ricorso, l'attività amministrativa, che deve uniformarsi alle istruzioni degli organi gerarchicamente superiori, produce i suoi effetti.

È ammessa la graduatoria così detta *ex aequo*, cioè a pari grado. È dispensato dal limite di età il sanitario che presti o anche in tempo remoto abbia prestato servizio in altre condotte: così dispone l'art. 27 ultimo, comma del R. D., 19 luglio 1906, n. 446. La giurisprudenza ha ritenuto che sia valutabile il servizio prestato in qualità di titolare per nomina regolare in base a concorso.

37° *Dottor R. B.* — Nel caso di scioglimento del Consorzio, si estingue il rapporto d'impiego, perchè cessa l'ente. La giurisprudenza del Consiglio di Stato esclude che, in questa ipotesi, si verifichi una successione dal Consorzio ai Comuni o a uno di essi. Non è escluso, però, che la successione sia stabilita nell'atto di scioglimento e, quindi il rapporto d'impiego permanga, mutato uno dei soggetti. Se il medico condotto è licenziato, per effetto dello scioglimento dei Consorzio, e non è assunto in servizio, nelle medesime condizioni di trattamento economico, da un nuovo consorzio composto in tutto o in parte dei Comuni che formavano quello disciolto o da alcuno dei Comuni stessi, gli è dovuta una indennità pari allo stipendio di un anno: questa disposizione risulta dall'art. 30 del regolamento 19 luglio 1906, n. 446.

38° *Dottor E. N.* — È da ritenere che la infermità sia contratta in servizio e per cause di esso. Ma poichè non determina inabilità, non è il caso di considerarla ora agli effetti del trattamento di pensione privilegiata. Se in avvenire Lei fosse dispensato a causa di inabilità, potrebbe far valere la sua aspettativa al trattamento privilegiato. Ma il nesso di causalità sarà accertato con speciale procedimento, regolato dalla legge sulla cassa di previdenza. Ora conviene far constatare il fatto mediante certificato, depositandone copia nell'ufficio comunale, in modo che abbia data certa.

39° *Dott. G. S.* — Non vi è incompatibilità. Il sanitario pensionato può essere assunto al posto di medico condotto e può essere incaricato della vigilanza igienica.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuite.**

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

L'assicurazione invalidità e vecchiaia alla Conferenza internazionale del lavoro.

L'assicurazione invalidità, vecchiaia e morte appartiene al gruppo delle questioni che si presentano all'imminente Conferenza internazionale del lavoro già confortate dal consenso di massima dell'Assemblea ginevrina.

Dinanzi al questionario deliberato dalla Conferenza dello scorso anno, ben ventotto nazioni, a metà dello scorso gennaio, avevano preso nettamente posizione a favore del principio dell'assicurazione obbligatoria. Altri Stati hanno comunicato le loro vedute a Ginevra, tutti a favore dell'assicurazione obbligatoria.

L'Ufficio internazionale del lavoro presenterà ai prossimi dibattiti, sotto forma di sei disegni di convenzione e di due raccomandazioni, alcune precise proposte.

I sei schemi di progetti di convenzione, oltrechè il principio dell'assicurazione obbligatoria, hanno in comune questi caposaldi: 1) i mezzi per far fronte agli oneri assicurativi debbono essere forniti mediante contributi degli assicurati e dei datori di lavoro, i quali ultimi però possono essere esonerati da quelle legislazioni che contemplino un'assicurazione a carattere nazionale il cui campo di applicazione comprenda altre categorie di persone oltre i salariati; 2) i pubblici poteri sono tenuti ad intervenire con una partecipazione finanziaria dell'assicurazione dei salariati in genere; 3) la gestione dell'assicurazione dev'essere affidata ad istituti pubblici senza fine di lucro o ad enti creati dagli stessi interessati o dalle loro associazioni e riconosciuti dai poteri pubblici, con partecipazione nella gestione dei rappresentanti degli assicurati, lasciando alle legislazioni nazionali di fissare le condizioni anche per la partecipazione dei padroni e della pubblica amministrazione; 4) il controllo amministrativo e finanziario delle istituzioni assicurative deve spettare ai poteri pubblici; 5) gli stranieri devono essere soggetti all'assicurazione alle medesime condizioni dei nazionali e godere alla pari di essi delle prestazioni relative; 6) i salariati stranieri appartenenti a Stati i quali ratifichino le convenzioni dovranno inoltre beneficiare dei sussidi, delle maggiorazioni e delle integrazioni della pensione stabiliti a carico dei fondi pubblici; 7) nei casi di controversia circa le prestazioni deve essere riconosciuta agli interessati la facoltà di ricorso a giurisdizioni competenti.

Ciascuno degli schemi di convenzione contiene poi norme particolari dell'assicurazione alla quale si riferisce.

L'Italia si presenta a Ginevra in eccellenti posizioni: essa non solo consente nelle conclusioni proposte dall'istituzione ginevrina, ma va oltre le linee delle conclusioni stesse col chiedere che sin d'ora venga stabilito il principio della conservazione dei diritti alla pensione in corso di acquisizione da parte degli emigrati appartenenti agli Stati i quali abbiano ratificata una convenzione che contenga tale principio.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Acqui (*Alessandria*). *Ospedale Civile « Monsignor Capra »*. — Scad. 12 ag.; chirurgo primario direttore sanitario; L. 3000 annue, ridotte del 12 %; compartecipaz. 47 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Ancona. *Ospedale Civile Umberto I*. — Fino alle ore diciotto del 20 luglio 1933 è aperto il concorso per titoli al posto di chirurgo primario dirigente di uno dei due riparti di chirurgia. Per la richiesta di informazioni e della copia del bando rivolgersi all'Ufficio di Amministrazione dell'Ospedale.

Ascoli Piceno. *Ospedale Psichiatrico Provinc.* — Scad. 10 lug.; due medici primari; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v.; età lim. 35 a.; iscriz. P. N. F.; tassa L. 50. Chiedere altre condizioni. Domanda e documenti al Preside della Provincia.

Bagno a Ripoli (*Firenze*). — Scad. 21 ag.; per Grassina; L. 8500 e 8 trienni decimo, oltre L. 3500 (variabili) trasp.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

Bari. *R. Prefettura*. — Al 20 lug., ore 12; uff. san. di Barletta; L. 15.000 e 5 quadrienni dec.; divieto libero eserc. profess.; titoli ed esami; documenti a 3 mesi dal 29 mag. Chiedere ann.

Barletta. — Vedi Bari.

Borgo S. Giacomo (*Brescia*). — Scad. 10 lug.; 2° reparto (3 frazioni); L. 9000 da ridurre del 12 %; 6 quinquenni dec.; L. 1000 bicicletta; L. 1200 se uff. san.

Caccamo (*Palermo*). — Scad. 31 ag.; L. 8750 da decurtare del 12 %.

Castel Campagnano (*Benevento*). — Per titoli. Stipendio annuo lordo L. 8000 aumentabili di un decimo ogni quattro anni di servizio effettivo prestato e per non più di 5 volte, nonchè annue lire 1740 per indennità cavalcatura. Stipendio e indennità sono soggetti alle trattenute di legge e alla riduzione del 12 %. La domanda con i prescritti documenti, l'elenco dei quali con le relative modalità ed altre notizie, possono desumersi dal bando di concorso 14 giugno da richiedersi alla Segreteria del Comune di Banzi, debbono pervenire a detta Segreteria non oltre le ore tredici del 12 settembre 1933.

Cervara di Roma (*Roma*). — Scad. 31 lug.; lire 10.5000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2000 cavalc. e arm. farm.; addizion. L. 4 oltre i 1000 pov.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Enna. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli ed esami. Posto di Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di igiene e profilassi. Stipendio annuo L. 14.000 con tre aumenti quadriennali. Servizio attivo lire 3700 annue e indennità caro-viveri nella misura in atto corrisposta agli altri impiegati della Provincia e fino a quando sarà mantenuta, il tutto

ridotto del 12 %. Età non superiore agli anni 45 salvo eccezioni di legge. Documenti e modalità stabiliti dal R. Decreto del 16 gennaio 1927, n. 155.

ENNA *R. Prefettura.* — Concorso ai posti di Ufficiale Sanitario nei comuni di Troina, Valguarnera, Villarosa. Stipendio annuo lordo L. 7000. Limiti di età anni 45, salvo le esenzioni dei limiti previsti dalla legge. Scadenza 31 luglio 1933.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Si rende noto che il termine fissato pel 30 giugno 1933, per la presentazione delle domande e documenti d'ammissione al concorso al posto di aiuto chirurgo, è prorogato al 15 luglio 1933.

FIRENZE. *Spedale S. Giovanni di Dio.* — Scad. ore 16 del 31 ag.; assistente chirurgo; L. 5000, oltre L. 1200 indenn. guardia, c.-v., compartecipaz.; ritenute; laurea da non oltre 5 a.; doc. a 3 mesi; nom. biennale. È annullato il precedente avviso di concorso.

GENOVA. *Ospedali Civili.* — Scad. 20 lug., ore 15; 11 assistenti (5 chirurghi, 1 medico, 2 in radiologia e terapia fisica, 1 in ostetricia e ginecologia, 1 in pediatria, 1 in neurologia); L. 4500 oltre indenn. di L. 10 e di L. 15 per le guardie; riduz. 12 %; nomina e 4 conferme biennali; doc. a 3 mesi dall'1 giu.; tassa L. 50, al tesoriere. Chiedere bando.

MILAZZO (*Messina*). — Scad. 19 ag., ore 12; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2000 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.

NAPOLI. *Consorzio Prov. Antitubercol.* — Scad. 2 ag.; direttore; L. 20.000 oltre L. 4000 indenn. carica; età lim. 45 a. al 1° giu.; titoli scientifici, accademici e di carriera dai quali risulti competenza nel campo della tisiologia, dell'igiene e della profilassi antitubercolare, tenendo particolarm. conto di servizi e mansioni espletate nella lotta antituberc.; iscriz. al P. N. F.; tassa L. 50. Rivolgersi al Presidente.

PESCARA. *Comune.* — Scad. 15 ag.; tre condotte; L. 10.000 e 4 quadrienni di L. 800; trasp. lire 2000 e L. 4000; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

PINEROLO (*Torino*). — Scad. 10 lug.; uff. san.; L. 8000 e quadrienni, oltre L. 5000 indenn. trasferta. Rivolgersi R. Prefettura di Torino o al Comune.

POGLIANO MILANESE. — Vedi VANZAGO.

PREGNANA. — Vedi VANZAGO.

RACALMUTO (*Agrigento*). — Scad. 10 lug.; lire 8500.

ROCCALBEGNA (*Grosseto*). — Scad. 10 lug., ore 20; 3ª cond.; età lim. 35 a. al 26 mag.; doc. a 3 mesi dalla stessa data; tassa L. 50,10; stip. lire 9250 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1760 trasp., c.-v.; riduz. 12 %; serv. entro 10 giorni.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti.* — Scad. 20 lug.; primario oto-rino-laringoiatra; rivolgersi Segreteria.

SCANDELUZZA. — Vedi VILLADEATI.

TEORA (*Avellino*). — Scad. 10 lug.; L. 6500 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.10.

TREVICO (*Avellino*). — Scad. 9 lug., per Scampitella; L. 6000 e 5 quadrienni dec., riduz. 12 %; età lim. 35 a. al 25 mag.; tassa L. 50.

TROINA. — Vedi ENNA.

VALGUARNERA. — Vedi ENNA.

VANZAGO (*Milano*). — Posto di medico-chirurgo condotto per il Consorzio Sanitario fra i comuni di Vanzago, Pregnana e Pogliano Milanese. Scadenza 7 luglio 1933. Documenti di rito, tassa lire 50,10. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Comune di Vanzago.

VILLADEATI-SCANDELUZZA (*Alessandria*). — Condotta consorziale. Stipendio e indennità complessivamente L. 10.000. Ufficiale Sanitario L. 700. Scadenza 31 luglio 1933. Per informazioni rivolgersi all'Ufficio di Segreteria del Comune di Villadeati.

VILLAROSA. — Vedi ENNA.

VISSO (*Macerata*). — Scad. 10 lug.; 2 condotte; L. 8000 e 4 quadrienni dec., oltre c.-v., L. 2500 cavalc., L. 500 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 24-40 a.; doc. a 3 mesi dal 1° giu.; iscriz. P. N. F.; tassa L. 50.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Fondazione « Ambrogio Beretta ».

Il Comune di Milano ricorda che è aperto il concorso al premio della Fondazione dott. Ambrogio Beretta per il biennio 1932-33 da conferirsi al miglior lavoro di clinica medica o di anatomia patologica.

Il premio consiste in medaglia d'oro e somma in contanti non inferiore a lire seimila, ed è indivisibile.

Possono concorrere medici da oltre 5 anni residenti in Milano o provincia e laureati da non più di 12 anni.

Sono ammessi al concorso soltanto lavori in lingua italiana mai prodotti ad alcun concorso e inediti.

Titoli e lavori da presentarsi al Protocollo generale del Comune, Milano, via Pecorari 3:

1) Domanda in carta legale con dichiarazione degli estremi.

2) Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia.

3) Certificato comprovante la quinquennale residenza nel Comune di Milano o provincia.

4) Quattro esemplari stampati o dattilografati del lavoro presentato al concorso.

Chiusura del concorso ore 12 del 30 dicembre 1933 (XII).

BORSE DI STUDIO.

Posti di studio e di perfezionamento a Pisa.

Presso la R. Università di Pisa ed alla dipendenza della R. Scuola Normale Superiore, esiste un Collegio Nazionale Medico, il quale ospita giovani che desiderino compiere i loro studi universitari presso la Facoltà di Medicina di questa Università o che, essendo già laureati, da non più di due anni, intendano perfezionarsi in qualche materia presso la Facoltà stessa.

I vincitori del concorso hanno diritto al vitto ed all'alloggio gratuiti per tutta la durata dell'anno accademico e per gli anni successivi.

Il Collegio, sorto per la munificenza del comm. Domenico Timpano, dell'Università e di un gruppo di fondatori ha sede in una palazzina nelle vicinanze del Lungarno Regio ed i giovani vi sono ospitati in camere singole con semplicità signorile, con tutte le moderne comodità, con vitto sano ed abbondante e sono vincolati da una benevola disciplina, ridotta a poche norme essenziali.

I non laureati possono concorrere per il 1° come per il 2°, 3°, 4°, 5° anno di studio. Chi vince il concorso ha diritto, sotto determinate condizioni, a conservare il posto sino alla fine del corso sessennale presso la Facoltà di Medicina della R. Università di Pisa.

I vincitori del concorso per i posti di perfezionamento — laureati — conserveranno il posto ottenuto per l'anno e per gli anni successivi secondo la durata del corso della Scuola di perfezionamento alla quale si iscrivono. I concorrenti tutti hanno diritto alla riduzione del 50 per cento per Pisa e da Pisa.

La Direzione della Scuola Normale Superiore di Pisa fornisce schiarimenti e spiegazioni sulla natura, qualità e numero degli esami e spedisce, a richiesta, il bando del concorso con tutte le modalità.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il nuovo Consiglio direttivo della Federazione stomatologica italiana è stato così costituito: prof. Pasquale Lippo (Napoli), presidente; dott. Alberto Francesconi (Bologna) e prof. Alfredo Acquaviva (Napoli), vice-presidenti; dott. Luigi Quintarelli (Venezia), dott. Eduardo Pacitto (Roma), dott. Elia Meneghello (Venezia), dott. Omero Tempestini (Palermo), consiglieri; dott. Arrigo Provvisionato (Modena), tesoriere; dott. Antonio Gagliardi, segretario.

Il Comitato Internazionale della Croce Rossa di Ginevra ha conferito a Sita Mejer Camperio, di Villasanta, la medaglia « Florence Nightingale » per la creazione di un'opera di utilità pubblica, quale ideatrice e fondatrice della prima ambulanza-scuola ed ospedale-scuola « Principessa Jolanda » per infermiere volontarie della Croce Rossa Italiana.

La Meyer è l'unica donna che abbia avuto in Italia questa onorificenza, che è stata conferita in tutti i paesi del mondo soltanto a 28 signore.

Ella si è molto distinta anche durante la guerra libica e la guerra mondiale.

NOTIZIE DIVERSE.

7° Congresso internazionale di medicina e farmacia militari.

Si è tenuto dal 29 maggio al 4 giugno in Madrid sotto la presidenza del dott. Gonzalez Grauda; vi hanno partecipato 42 Nazioni con oltre 800 congressisti. La seduta inaugurale fu onorata dalla presenza del presidente della Repubblica spagnola, che pronunziò un discorso di saluto.

L'Italia era rappresentata da una Delegazione di ufficiali medici e farmacisti in attività di servizio e in congedo, con a capo il tenente generale medico Luigi Franchi, direttore generale della Sanità militare.

I lavori del Congresso si svolsero su cinque temi principali riguardanti: i principii generali di organizzazione sanitaria presso una nazione in guerra e le applicazioni della nuova convenzione di Ginevra; le vaccinazioni preventive; le cure chirurgiche presso la linea del fuoco e le formazioni specializzate mobili avanzate, nella guerra di movimento; la preparazione e l'analisi degli alimenti conservati che fanno parte della razione del soldato in pace e in guerra; lo studio del servizio odontoiatrico e del servizio amministrativo comparativamente negli eserciti dei diversi paesi.

La collaborazione della Delegazione italiana nella trattazione dei vari argomenti è stata feconda di risultati e vivamente apprezzata.

Contemporaneamente si è tenuto il Congresso dell'aviazione sanitaria, presieduto dal dott. Cardenal.

Congresso internazionale di medicina dello sport.

Come abbiamo annunziato, è indetto a Torino e Roma per i giorni 6-10 settembre. Il programma sarà comunicato in seguito. Intanto annunziamo che nel pomeriggio del 6 sarà aperta la discussione sul tema proposto dal presidente dell'Associazione Internazionale Medico - Sportiva, prof. Latarjet: « Scheda biometrica internazionale e obbligo di questa da parte degli studenti universitari ».

Si invitano coloro che vorranno fare comunicazioni a inviare i titoli ed il riassunto non oltre il 30 luglio.

Chi desidera partecipare al Congresso deve inviare nome e generalità di ogni iscritto e persone di famiglia per avere i moduli che danno diritto al ribasso ferroviario.

Rivolgersi alla Federazione Italiana Medici degli Sportivi, via dello Stadio 14, Roma.

11° Congresso nazionale di radiologia medica.

Nei giorni 26-28 maggio 1934 verrà tenuto in Perugia l'XI Congresso nazionale di radiologia medica, sotto la presidenza del prof. Eugenio Milani e la vice-presidenza del prof. Bruno Bellucci. I temi posti all'ordine del giorno sono i seguenti: prof. Lapenna, « Affezioni e lesioni traumatiche della colonna vertebrale (escluse le forme infettive e le anomalie di sviluppo) anche in rapporto alla infortunistica »; proff. Benassi e Perona, « Mezzi moderni di indagine radiologica »; proff. Guarini, Del Buono e Palmieri, « Radioterapia del sistema nervoso centrale e periferico ».

L'inaugurazione del Congresso avrà luogo nella Sala dei Notari (Palazzo Comunale); le sedute scientifiche e l'esposizione degli apparecchi nel Palazzo della R. Università degli Studi.

Per qualsiasi informazione rivolgersi alla Segretaria generale del Congresso, sig.ra Maria Bellucci (in Perugia, corso Vannucci 14) ed al tesoriere e commissario per l'esposizione degli apparecchi, dott. Carlo Fratini (Istituto di Radiologia, Policlinico di Perugia).

1° Congresso francese di elettro-radiologia medica.

La prima riunione annua dei medici elettroradiologi di lingua francese è indetta a Parigi per i giorni 12-14 ottobre; le sedute si terranno nell'anfiteatro dell'Istituto di fisica. Due temi sono stabiliti: 1) « L'esplorazione radiologica della mucosa dell'intestino crasso » (relatori Ledoux-Lebard e Garcia Calderón per la tecnica, Gilbert e Kadrenka per la clinica); 2) « Le onde corte e ultracorte in terapia » (relatore Réchoux). Le relazioni verranno distribuite, stampate, prima del Congresso; le iscrizioni per la discussione delle relazioni si accettano fino al 1° settembre.

Quota d'iscrizione al Congresso: 75 franchi per i membri attivi, 25 per gli associati.

Il Congresso è posto sotto la presidenza del dott. J. Belot. Nel Comitato sono rappresentate: la Società di radiologia medica della Francia, la Società d'elettrologia e di radiologia, la Società belga di radiologia, la Società romena di radiologia, i delegati dei periodici specializzati, i delegati dei costruttori d'apparecchi. Segretario generale è il dott. Dariaux, boulevard Rochechouart 9 bis, Paris; tesoriere è il dott. Morel-Kahn, rue Scheffer 45, Paris.

Convegno di sanitari a Sirmione.

Il prefetto di Brescia gr. uff. Salerno e le maggiori autorità della provincia sono intervenute al « Convegno medico climatico » che ha raccolto il 12 giugno a Sirmione del Garda più di 300 sanitari della Lombardia, del Veneto e del Trentino, fra cui i proff. Ferrata dell'Università di Pavia, Zoia dell'Università di Milano, Baratozzi presidente della Società medici chirurghi bresciani, promotrice del convegno.

Nel salone delle Regie Terme, dopo brevi parole del podestà, ha parlato il prof. Valenti, presidente dell'Associazione nazionale medici di idrologia, seguito dal prof. Zoia che ha svolto una relazione sull'ipertensione, e dal prof. Pinali, direttore delle Terme, che ha illustrato l'azione curativa sui fatti morbosi esposti dallo Zoia. Il dott. Migliorati ha parlato infine della Sezione malattie del lavoro presso le Terme, delle cure ai mutilati di guerra e delle iniziative sanitarie dei Sindacati fascisti e dell'Ente opere assistenziali.

Ha chiuso il Convegno il prefetto con un fervido discorso, auspicando all'avvenire del Garda. Col rievocare il soggiorno a Sirmione del Duce, l'oratore ha suscitato una entusiastica dimostrazione all'indirizzo di Mussolini.

Giornate mediche di Lilla.

La 5ª sessione delle Giornate mediche della Facoltà libera di Lilla hanno avuto luogo dal 26 al 28 maggio.

Si sono tenute numerose conferenze e sedute cliniche ed operatorie, da parte dei proff. Langeron (declorurazione e clorurazione nelle nefriti), Courty (trattamento chirurgico del gozzo esoftalmico), Vincent (blenorragia femminile), Le Grand (il fanciullo tardivo), Lepoutre (ascessi renali corticali), Favreau (trattamento attuale della placenta previa), Papin (anomalie congenite del rene e dell'uretere), A. Thomas (reflessività simpatica dei tegumenti), ecc.

Il 26 si è riunita in seduta straordinaria la Società medica e anatomo-clinica di Lilla e vi furono fatte 17 comunicazioni e presentazioni di malati.

Il 27 si è celebrato il cinquantenario della Scuola di ostetricia.

Ebbero anche luogo un ricevimento, un tè danzante, un banchetto.

Corso di perfezionamento.

La Facoltà medica di Vienna ha organizzato il 49° corso internazionale di perfezionamento, dal 29 settembre al 7 ottobre; esso verterà sui più importanti problemi medici d'attualità, con particolare riguardo alla terapia; i docenti saranno in numero di 58; l'iscrizione importa 50 scellini.

A richiesta s'invia programma dettagliato, rivolgendosi al: Secretariat der Internationalen Fortbildungskurse, Porzellangasse 22, Wien IX; informazioni presso il: Kursbüro der Wiener Medizinischen Fakultät, Alserstrasse 4, Wien IX.

I posti di ruolo nelle Facoltà mediche italiane.

Con R. D. 16 febbraio 1933 n. 261, pubblicato sulla « Gazzetta Ufficiale » dell'11 aprile 1933, sono fissati i posti di ruolo, mantenuti a totale carico dello Stato, delle RR. Università.

Per le Facoltà di medicina i posti restano così fissati: Roma 26; Napoli 25; Bologna, Genova, Padova e Torino 17; Palermo, Pavia e Pisa 16; Cagliari 15.

I professori di ruolo, che per effetto del presente decreto risultino in eccedenza rispetto ai singoli organi, sono considerati in soprannumero fino al riassorbimento per successive vacanze.

Per effetto di questo Decreto — nota « L'Università Italiana » — restano senza titolare le due cattedre di Anatomia umana di Bologna e di Padova, dove tutti i posti di ruolo sono ora occupati. Per Bologna fu già eliminato l'inconveniente col considerare come soppresso ora un posto di ruolo già sottratto in realtà qualche tempo addietro; rimane da sistemarsi la cattedra di Padova.

I servizi sanitari volontari in Svizzera.

La « Croce Rossa Svizzera » alla fine del 1932 contava 58.823 membri e 431 associazioni aggruppate in 54 sezioni. L'« Alleanza Svizzera Samaritana » annoverava 21.384 membri attivi (14.637 donne e 6747 uomini), aggruppati in 549 Sezioni. In diverse regioni del Paese sono stati organizzati 104 « esercizi » di assistenza (rurali ed urbani), cui partecipano 6365 persone. La « Società svizzera delle truppe del Servizio di sanità » raccoglie 939 membri attivi e 1292 non attivi, aggruppati in 30 Sezioni; dei 939 attivi, 740 sono incorporati nelle truppe di sanità in servizio e 78 in altre armi; da questa Società sono stati organizzati 576 « esercizi » di assistenza, con 8728 partecipanti.

La lotta antitubercolare in Inghilterra.

La mortalità per tubercolosi in Inghilterra si è ridotta in misura impressionante: nel corso di un secolo la diminuzione è stata incirca del 75 %; nel corso dell'ultimo trentennio è valutabile incirca al 50 %.

La diminuzione era già avviata prima che si

attuassero mezzi organici di lotta contro la tubercolosi. L'inizio dell'attuale campagna si fa risalire all'istituzione del dispensario centralizzatore di Edimburgo, ideato dal Philipp e che valse di esempio; essa è stata poi potentemente intensificata con l'istituzione del Ministero della Sanità, il quale ha potuto destinarvi in larga misura gli avanzi attivi delle assicurazioni sociali.

Alla fine del 1930 si contavano 54 stabilimenti di cura, sanatorî e ospedali specializzati (con 24.578 camere) e 459 dispensari; vi erano addetti 380 medici specialisti; l'assistenza pubblica ai tubercolotici assorbiva 1.750.000 sterline l'anno (ossia, al cambio di allora, oltre 150 milioni di lire it.). Fu l'apogeo della campagna, sulla quale la crisi ha poi fatto risentire le sue conseguenze depressive.

Propaganda antitubercolare nelle scuole medie della provincia di Avellino.

Il dott. Giovanni Carbone, fiduciario della Federazione Nazionale per la lotta contro la tubercolosi, durante la 3ª campagna antitubercolare ha tenuto, in nove scuole medie della provincia di Avellino, delle lezioni di propaganda, per 39 classi, a 785 alunni; esse sono state due per classe. Spesso vi ha assistito il corpo insegnante. Il profitto è attestato da un migliaio di temi scritti, classificati buoni o lodevoli, ed è confermato dalle relazioni dei nove presidi degli istituti. Troppo evidenti sono i vantaggi di questa forma di propaganda.

Per la vaccinazione antidifterica.

L'Accademia Medica Lombarda si è occupata di questo argomento, su relazione del prof. I. Nasso, il quale ha dimostrato l'inefficienza del siero specifico per l'immunizzazione e la scarsa efficienza delle miscele di tossina con antitossina; il metodo più efficace è costituito dall'impiego dell'anatossina Ramon. L'oratore ha ricordato i dolorosi incidenti verificatisi in seguito a vaccinazione con dose unica di un preparato allestito dall'Istituto Sieroterapico Nazionale, incidenti ascrivibili a tossina incompletamente svelenata. Nella letteratura mondiale sono consegnati altri fatti simili, dovuti ad errore di preparazione. Non devono arrestarci nella pratica della vaccinazione antidifterica, la quale conta innumeri successi e inestimabili benemerenze.

Nella stampa sanitaria.

Il secondo numero del 1933 di « Nosokomeion », di gran mole (302 pagine), contiene le relazioni, e comunicazioni fatte al 3° Congresso internazionale ospedaliero; sono quasi tutte in 5 lingue (francese, inglese, italiano, spagnolo e tedesco). Il fascicolo reca un'introduzione redatta dal dott. Sand, presidente dell'Associazione ospedaliera internazionale, e un prospetto sull'organizzazione di questa. Vengono considerati i principali problemi concernenti gli ospedali: costruzione; arredamento e installazione tecnica; amministrazione e gestione; contabilità; legislazione; assistenza (questa sezione comporta numerose sottosezioni); personale. Il voluminoso fascicolo comprova l'utilità della collaborazione internazionale.

Viaggi medici.

Ci è grato di annunziare che il prezzo del viaggio organizzato da « L'Univers Médical » negli Stati Uniti e di cui già demmo notizia, è stato sensibilmente ridotto, in seguito ad accordi intervenuti con le ferrovie degli Stati Uniti e con il Comitato organizzatore dell'Esposizione di Chicago. Il prezzo minimo già era fissato in fr. 12.700; ora è stabilito un prezzo unico, di soli fr. 10.950, con un solo itinerario; il viaggio si compirà in classe turista sulla nave ed. in 1ª classe sulle ferrovie. A richiesta s'invia il programma. Conviene affrettare le adesioni. Rivolgersi al: Comité des Voyages et Congrès de « L'Univers Médical », rue Caumartin 24, Paris (8e).

Per il decano dei medici italiani.

Ad iniziativa del prof. Eduardo Germano, le autorità, gli amici, i colleghi e gli ammiratori di Terra di Bari, preparano solenni onoranze al dott. L. Petrera, per il suo settantesimo anno di esercizio professionale e novantacinquesimo anno di età.

Quel Consiglio Provinciale Sanitario ha inviato la sua adesione al Comitato per le onoranze e un particolare saluto augurale di longevità al forte ed amato vegliardo, che da tanti anni fa parte dell'autorevole Consesso.

Azione giudiziaria tra due medici.

Il dott. Pierre Rébillard di Parigi ebbe ad operare di mastoidite, in una sua casa di salute, una signorina canadese, che è morta poco dopo. Egli reclamò gli onorari, in 6000 franchi, dal padre della operata, anche lui medico, dott. Romeo Turgeon, residente a Montréal (Canadà). Questi invece gli ha intentato causa per errore da imperizia, chiedendo 200.000 franchi di danni e interessi. La causa è venuta avanti la 1ª Camera del Tribunale Civile della Senna, la quale ha nominato una commissione peritale di 3 medici. La commissione ha facoltà di provocare un accomodamento tra le due parti in contesa.

Contro e pro la chirurgia estetica.

L'Accademia di Medicina di Parigi in una recente seduta si è occupata della chirurgia estetica. In un rapporto è affermato che « la chirurgia estetica presenta dei gravi pericoli. Praticata da dottori occasionali diventa pericolosa e non offre nessun carattere di serietà e di solidità ».

La Società francese di chirurgia riparatrice, plastica ed estetica, a sua volta, si è occupata di un movimento di abuso e di ciarlatanismo in questa branca nascente della chirurgia, il che può nuocere al suo sviluppo. È stato votato un o. d. g. in cui si disapprovano tutte le pubblicazioni e i libri a carattere tendenzioso e commerciale, compilati da medici di non riconosciuta competenza e vengono posti in guardia i medici dall'affidare i loro clienti a professionisti che non diano garanzia di competenza e di onorabilità.

Notizie brevi.

Il 4° congresso australiano sul cancro si è tenuto a Cauberza durante lo scorso marzo. Si è occupato prevalentemente del radium. Il Governo del « Commonmelth » ha fatto una comunicazione ufficiale sulle precauzioni da prendere per evitare le perdite di radium, le quali nel 1932 raggiunsero, in Australia, 66 milligrammi; raccomanda la registrazione e un servizio di sorveglianza negli ospedali.

Il 38° congresso degli alienisti e neurologi di lingua francese si terrà a Lione dal 16 al 24 luglio 1934, sotto la presidenza del dott. Lagriffe. Temi: per la psichiatria « L'influenza delle teorie psicologiche sull'evoluzione psichiatrica » (Répond); per la neurologia « I tumori del terzo ventricolo » (Meignant); per l'assistenza « Classificazione e statistica delle malattie mentali » (Desruelles).

Il 9° congresso dell'Associazione di Medicina tropicale dell'Estremo Oriente doveva adunarsi dal 2 all'8 ottobre in Nanchino (Cina). Si è deciso di non tenerlo più quest'anno.

Il 18 giugno si è svolta la quinta giornata della Croce Rossa Italiana. Tale giornata è stata istituita dal Governo nazionale per ricordare agli italiani le opere di assistenza sociale che la Croce Rossa crea, mantiene e sviluppa in tempo di pace. Ne daremo ulteriori notizie.

Il Corpo accademico dell'Università di Pavia si è adunato il 26 maggio nell'aula foscoliana per offrire al Magnifico Rettore, prof. Rossi, una medaglia d'oro a riconoscimento delle benemerenze acquisite nel campo universitario. Il prof. Baratta ricordò come per l'intervento del Rossi sia stata risolta nel modo migliore la sistemazione del Policlinico, che ha ridonato alla scuola di medicina tutta la sua efficienza, mentre attualmente il Rossi si dedica al definitivo assetto degli edifici universitari.

L'assemblea generale dell'Unione internazionale contro il pericolo venereo si è adunata al Cairo il 13 aprile, con l'intervento dei delegati di molte nazioni; vi assistette il sottosegretario al ministero dell'interno, preposto alla direzione dell'igiene pubblica, dott. Mohamed Chanine Pascià.

Nella Clinica Medica di Pavia, il 28 maggio si è svolto, in due sedute, il 6° Convegno della Sezione Regionale Lombarda della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi. Parlarono il prefetto, il podestà e il prof. Pensa. Furono fatte relazioni dai proff. Ferrata, Galeazzi, Sala e varie comunicazioni.

La Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio si è adunata il 7 aprile sotto la presidenza del prof. Coletti. Furono fatte comunicazioni dai soci Puntiggia (discussione: Baroni, Coletti, Schenardi), Gritti, Regoni, Lalla Zentil.

La Società Medico-Chirurgica Bergamasca si è adunata il 27 aprile sotto la presidenza del dott. A. Roviglio e il 20 maggio sotto la presidenza del prof. D'Alessandro. Furono fatte counicazioni dai dottori: prof. Feci, F. Benigni, E. Leni, G. Vertova, Sala, prof. Moretti, prof. L. Lussana, L. Nicoli.

La prossima riunione della Società Tedesca per le malattie della digestione e del ricambio si terrà in coincidenza della riunione della Società Tedesca di Medicina interna, durante la primavera del 1934, a Wiesbaden; quindi è rimandato il convegno indetto per il prossimo settembre a Berlino.
Rivolgersi al prof. R. von der Velden, Bamberger Str. 49, Berlin W 30.

È sorta a Bolzano, promossa dal Sindacato Medici, la Società medico-chirurgica dell'Alto Adige. Risultarono eletti: presidente G. Cevolotto; vicepresidente M. Clara; consiglieri: R. Broglio e G. Halfor, dottori R. Binder, E. Regele, A. Radaeli. Nella prima seduta scientifica, del 27 maggio, comunicazioni di E. Polacco e A. Radaeli.

Un convegno di medici letterati ed artisti è indetto a Rimini per il 19 agosto. Rivolgersi alla direzione della rivista « Nicia », via Spontini 3, Milano.

La direzione dell'Ospedale di San Giovanni di Torino, in accordo col Municipio, si è fatta promotrice di un ambulatorio gratuito antidiabetico. Le visite si eseguono tre volte ogni settimana. L'ambulatorio è diretto dal prof. Ernesto Pesci.

Il dott. Vincenzo Lo Bianco ha tenuto una conferenza all'Istituto Nazionale Fascista di cultura in Roma, sul tema « La difesa sociale dalla infezione tubercolare ». Erano presenti alte autorità e personalità.

I laureati a Padova nel 1898 che intendessero partecipare ad una riunione da tenersi a Padova per la ricorrenza del XXXV anno di laurea, sono pregati di mandare la loro adesione al dott. Carlo Pagani a Belluno.

Si annunzia che il dott. Tane Pop-Krstitch, di Pirot (Jugoslavia), ha compiuto 120 anni. Egli studiò medicina un secolo addietro, nella Balcania turca.

È stato inaugurato a Roma, nel Quartiere di Monte Sacro, un centro materno e infantile, a cura dell'O. N. M. I. e per essa della Federazione Provinciale. Consta di un dispensario pediatrico, uno ostetrico, un nido per l'infanzia, un refettorio materno; v'è annesso un giardino parzialmente diviso in recinti per bambini. È capace di assistere 50 madri e 50 fanciulli, oltre ai servizi di consultori.

Si è costituita un'Accademia Messicana di Chirurgia, che ha sede a Messico (avenida Uruguay 87); è presieduta dal Dr. Gonzalo Castañeda.

Il prof. GAETANO PARLAVECCHIO, spentosi a Palermo in età di 69 anni, era nato a Montalbano Elicona (Messina) e si era formato ed affermato a Roma, ove nel 1893 egli operò il secondo caso in Italia e il terzo nel mondo, di sutura del cuore; l'intervento fu seguito da guarigione.
Nel 1904 vinse il concorso alla cattedra di medicina operatoria di Palermo e da allora si dedicò tutto alla scuola e allo studio. Nei suoi 28 anni d'insegnamento ha elaborato numerosi metodi operatori, alcuni dei quali portano il suo nome, ed ha compiuto studi molto pregevoli, tra cui il lavaggio antisettico interstiziale dei tessuti per via endovenosa, le alterazioni circolatorie dei reni, ecc.; ha pubblicato 168 memorie, e 650 sono quelle della sua scuola. Le sue « Istituzioni di semeiotica chirurgica » hanno ottenuto molta fortuna. Ha fondato la « Cultura Medica Moderna », periodico giustamente accreditato. L. F.

Il 17 maggio è morto, in età di 41 anni, il dott. Gérard Mozer, capo di laboratorio all'Ospedale Marittimo di Berck-sur-Plage (Francia), in seguito ad una infezione consecutiva ad un accidente di laboratorio. *m. p.*

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Brit. Med. Journ., 29 apr. — W. M. ROBERTS. Differenziazione degli itteri. — L. S. T. BURRELL. Principii del trattam. della tbc.

Klin. Woch., 29 apr. — H. PAAL. Processi periodici nell'organismo. — S. PELLER. Sviluppo dei nati durante la guerra.

Wien. Klin. Woch., 28 apr. — SEIDL e LODE. Epidemia di paratifoide.

Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., mag. — W. D. MOLDAROSKAJA-KRITSCHEWSKAJA e al. Durata dell'incubaz. della malaria.

Ann. de Méd., apr. — J. BELOT e LEDÈNE. I trattamenti del gozzo esoftalmico.

Lancet, 29 apr. — L. CHEATLIE. L'infiammazione.

Proc. R. Soc. Med., apr. — Discussioni su: Mortalità materna; Trattam. operatorio delle mastoiditi; Tubercolosi dei genitali maschili. Casistica.

Rev. Méd. de Barcel., mar. — X. FARRERONS. Influenze cosmoclatiche sul sist. nerv. veget.

Cl. Med. It., apr. — E. PUXEDDU, A. LEONI. Lipemia e colesterinemia nella ipertensione. — G. ANTONELLI. Il gluconato di calcio nella polmonite crupale.

Presse Méd., 26 apr. — G. BOUSSY e M. MOSINGER. La reaz. cutanea locale all'istamina.

Clin. Chir., apr. — P. VALDONI. Impiego della ipopressione e delle inalazioni di anidride carbonica nell'emostasi indiretta in chirurgia craniocerebrale.

Bull. Méd., 29 apr. — Numero sulla tbc. infantile.

Presse Méd., 29 apr. — L. BERNARD e al. Accidenti gastrici consecutivi alla frenicectomia sin.

Ann. di Ost. e Gin., 30 apr. — E. GIUDICI. Abortività e professione.

Practitioner, mag. — H. ROLLESTON. Evoluzione del trattam. endocrino. — K. WALKER. L'ormone maschile.

Riv. San. Sic., 15 apr. — L. CARMONA. I gas asfissianti.

Ann. di Med. Nav. e Col., mar.-apr. — E. LA TERZA. Influenza dell'alimentaz. sull'infezione tbc. della cavia. — BRANCATI. Ricerche sulle brucelle Bang e melitense.

Riv. di Patol. e Cl. d. Tub., 30 apr. — P. RUSSO. La lipemia nella tbc. polm. — C. CENTOSCUDI. La glicemia a digiuno nella tbc. polm.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A Pozzi, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.